ESSAI

N° 33.

SUR LES ACCIDENS ET LES MALADIES

QUE PEUT ENTRAÎNER

L'OPÉRATION DE LA TAILLE LATÉRALISÉE

CHEZ L'HOMME;

Thèse présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 5 février 1820, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR PHILIPPE-AUGUSTE BAUDIN, de Paris,

Département de la Seine;

Ex-Chirurgien interne des hôpitaux et hospices civils de Paris; Membre de l'Ecole pratique; Bachelier ès-lettres.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT JEUNE;

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1820.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LEROUX, Doyen.
M. BOURDIER.
M. BOYER.
M. CHAUSSIER.
M. CORVISART.
M. DEYEUX.
M. DUBOIS.
M. HALLÉ.
M. LALLEMENT.
M. PELLETAN.
M. PERCY, *Examinateur.*
M. PINEL, *Examinateur.*
M. RICHARD.
M. THILLAYE.
M. DES GENETTES.
M. DUMÉRIL.
M. DE JUSSIEU.
M. RICHERAND, *Examinateur.*
M. VAUQUELIN.
M. DESORMEAUX, *Président.*
M. DUPUYTREN.
M. MOREAU.
M. ROYER-COLLARD, *Examinateur.*
M. BÉCLARD.
M. MARJOLIN, *Examinateur.*
M. ORFILA.

Par délibération du 9 décembre 1798 l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A

MONSIEUR ROUX,

Chirurgien en second de l'hôpital de la Charité.

A

MONSIEUR LERMINIER,

Médecin du même hôpital.

Témoignage public de reconnaissance.

A. BAUDIN.

A

MONSIEUR ROUX,

Chirurgien en second de l'hôpital de la Charité.

A

MONSIEUR LERMINIER,

Médecin de même hôpital.

Témoignage public de reconnaissance.

A. BAUDIN.

ESSAI

Sur les Accidens et les Maladies que peut entraîner l'opération de la taille latéralisée chez l'homme.

Il est peu de maladies qui soient plus redoutées que les affections calculeuses de la vessie : les douleurs vives, prolongées, presque continuelles, qui marquent leur durée, expliquent assez la terreur qu'elles inspirent. Quelquefois néanmoins elles ne causent que des incommodités supportables ; par exemple, une pierre petite, légère, lisse à sa surface, enkystée ou retenue immobile d'une manière quelconque, offrant ces conditions réunies ou séparées, est peu sentie par celui qui la porte ; mais qu'on suppose un calcul volumineux, compact, pesant, hérissé d'aspérités, et situé de manière à retomber à chaque instant sur le trigone vésical, alors les douleurs sont excessives. J'ai vu plusieurs malades qui se trouvaient dans ce cas ; leur existence n'était plus qu'une continuelle torture ; et, dans leur impatience, le jour fixé pour les opérer leur semblait trop lent à venir. L'un d'eux, souffrant au moindre exercice, dès long-temps ne se levait plus ; et chaque fois qu'il cessait d'uriner, on le voyait se rouler convulsivement sur son lit, et exhaler, par ses sanglots et par ses cris, l'excès de sa douleur.

Encore si, comme tant d'autres affection graves, celle-ci présentait un cours rapide et faisait entrevoir dans un dénouement promptement heureux ou funeste la fin prochaine des souffrances qui la suivent,

ce serait une moins triste destinée ! Mais, non ; lenteur dans sa marche et douleurs sans cesse renaissantes, tel est son double caractère : l'infortuné qui en est atteint ne le sait que trop par l'expérience du passé, et, s'il jette les yeux sur son état futur, il n'y voit qu'incertitudes ou craintes ; rarement les illusions de l'espérance viennent soulager sa pensée, et tout ne lui présente qu'un long et douloureux avenir.

Si ces considérations sont vraies, ils ont droit à la reconnaissance des hommes, ceux dont le génie et les travaux se sont exercés sur les moyens de guérir cette maladie. Créateurs de méthodes opératoires d'abord plus hardies que sûres, ou de procédés ingénieux qui perfectionnaient les inventions premières, la plupart ont joui pendant leur vie d'une gloire méritée ; quelques-uns, abreuvés d'amertume par leurs envieux contemporains, n'ont trouvé justice que devant l'impartiale postérité. Tels ont été *Jean des Romains*, *Marianus Sanctus*, *Pierre Franco*, les *Collots*, *Tolet*, frère *Jacques*, *Chéselden*, frère *Côme*. Je n'associe pas à ces noms célèbres celui de *Raw*, opérateur hollandais qui, par son silence sur sa manière d'opérer, et par sa mauvaise foi dans la relation de ses succès, n'a pas droit aux respects des hommes, qu'il a de toute manière trompés.

Malheureusement cette opération, qui fournit le moyen de guérir une maladie grave, n'est pas elle-même exempte de dangers ; cette foule de parties qui environnent la vessie peuvent être offensées dans la marche des instrumens ; souvent trop d'irritation résulte du jeu des tenettes dans le sein de cet organe ; et tels sont les effets de ces diverses manœuvres, qu'au moment même où elles tendent à faire disparaître la cause physique du mal, elles produisent quelquefois des désordres qui seront le germe d'accidens redoutables ou d'autres maladies. C'est de ces suites diverses que je vais parler dans cet opuscule.

Sans adopter aucun ordre systématique pour leur exposition, je me contenterai de les étudier dans l'ordre suivant lequel elles arri-

vent ordinairement. Ainsi je décrirai successivement l'état nerveux, la rétention d'urine et de sang dans la vessie, l'hémorrhagie, la péritonite, les accidens vermineux, l'ecchymose du scrotum, les effets locaux d'une irritation trop vive de la plaie ou de la vessie, les fistules urinaires, la formation d'un nouveau calcul, l'incontinence d'urine, et enfin l'impuissance.

ARTICLE PREMIER.

Etat nerveux.

L'état nerveux consiste dans l'ensemble de sympômes ordinairement peu réguliers, qui paraissent dépendre de la secousse imprimée à l'organisme par les douleurs de l'opération. On peut considérer comme circonstances qui disposent à cet état le tempérament nerveux, une constitution sèche, grêle, irritable; l'âge avancé, la prévention du malade contre l'opération, la vive terreur qu'elle lui inspire, et malgré laquelle il ose s'y soumettre; son caractère naturellement craintif. Des souffrances vives et prolongées pendant une recherche laborieuse de la pierre, sont la cause déterminante la plus ordinaire. On peut encore regarder comme telle une circonstance qui prend sa source dans une lutte singulière du moral contre le physique; c'est la violence extrême que se font quelques malades pour ne manifester qu'une faible émotion pendant qu'on les opère. Aussi le chirurgien qui voit un individu se roidir ainsi contre l'ascendant pénible de la douleur, doit-il lui représenter les dangers d'une pareille contrainte, et l'inviter à donner un libre cours à ses plaintes et à ses cris.

Presque toujours c'est immédiatement après l'opération que se développent les premiers symptômes. Le taillé ressent une lassitude générale, une prostration extrême, et reste immobile dans la position qu'on lui a fait prendre. Au bout de cinq ou six heures, des douleurs commencent à se faire sentir dans l'abdomen; elles aug-

mentent peu par la pression, et sont ordinairemnt accompagnées de ballonnement du ventre ; bientôt il se manifeste des nausées. Dès la première nuit, le malade peut avoir du délire ; quelquefois il ressent, outre l'endolorissement de l'abdomen, tantôt des douleurs très-vives dans les reins, tantôt un point fixe à la région du foie, et souvent alors la surface cutanée se teint en jaune. S'il parvient à s'assoupir, son sommeil est de courte durée ; il s'éveille avec frayeur, agité de spasmes qui durent quelques instans. Le lendemain il se joint aux premiers symptômes des vomissemens de matières noirâtres, qui fatiguent beaucoup le malade, tant par les efforts auxquels ils donnent lieu, que par les douleurs qui en résultent dans la région hypogastrique et dans tout le ventre. Il peut y avoir aussi des déjections alvines bilieuses. Le pouls est petit, fréquent, concentré. La deuxième nuit présente du délire ; et si l'on examine le malade à cette époque, on trouve ordinairement des signes du plus fâcheux augure, tels qu'une extrême débilité, une sueur visqueuse et froide, le *decubitus supinus*, la décomposition des traits de la face, un regard fixe, des soubresauts dans les tendons, du hoquet. L'épuisement augmente, le pouls faiblit, les extrémités se refroidissent, et le malade meurt ordinairement dans le cours du troisième, quelquefois le quatrième jour.

On peut juger, d'après ce tableau, combien cette affection est grave. Il est rare, en effet, de voir une détente se faire, et les accidens rétrograder pour faire place à des symptômes qui offrent quelque espoir.

D'autres fois la scène n'est nullement orageuse, quoiqu'elle doive amener une terminaison non moins funeste. Alors point de douleurs abdominales, point d'agitation, de délire, ni de vomissemens ; le malade, frappé d'une effrayante débilité, reste immobile et continuellement assoupi ; son pouls, d'abord fréquent et concentré, perd graduellement sa résistance, et la mort a lieu le deuxième ou troisième jour, par une extinction lente des fonctions. C'est trop souvent ainsi que périssent les vieillards chez qui

l'opération a présenté beaucoup de difficultés. Cet ensemble de symptômes, ordinairement désigné sous le nom d'*état adynamique*, ne m'a pas paru constituer une affection distincte des accidens nerveux ; j'ai donc dû joindre sa description à la leur. Il m'a semblé que cette prostration, que cet abattement excessif étaient un résultat direct de l'atteinte profonde portée au système nerveux par l'influence de la douleur. Ce qui peut autoriser cette opinion, c'est qu'un état à peu près semblable survient chez les individus de tout âge, quand ils ont été agités, pendant l'opération, de spasmes, de convulsions violentes (1); mouvemens irréguliers, qui désignent ce système comme siége primitif du désordre.

Dans tous les cas, l'ouverture des cadavres ne présente aucune altération des organes. Néanmoins on trouve quelquefois un peu de rougeur aux parties du péritoine qui avoisinent le plus la vessie: cette coloration est l'indice d'une phlegmasie qui commençait à se développer.

On ne confondra pas l'état nerveux avec la péritonite, quoique ces deux affections soient toutes les deux accompagnées de douleurs abdominales; car, dans la seconde, ces douleurs sont plus vives, et augmentent bien plus par la pression du ventre. D'ailleurs le caractère le plus distinctif se trouve dans l'époque de l'invasion, qu'on sait être plus tardive dans le cas de péritonite, puisque l'inflammation n'est entièrement développée que le troisième jour, tandis que les accidens nerveux paraissent ordinairement dès le premier. Enfin le défaut de fièvre dans un cas, sa présence dans l'autre, forment un troisième caractère.

Pour remédier aux symptômes qui viennent d'être exposés, on doit faire une médecine d'autant plus active, qu'on a moins d'espoir à fonder sur les seules ressources de la nature. Dès que les douleurs

---

(1) *Deschamps*, Traité historique et dogmatique de l'opération de la taille, t. 3, p. 356.

abdominales paraissent, on songe à les combattre par l'application de linges trempés dans une décoction émolliente et narcotique, comme celle de graine de lin et de têtes de pavots, en ayant soin de conserver à ces topiques une douce température. M. le professeur *Boyer* emploie souvent, en pareil cas, de l'huile de camomille, tenant en dissolution douze à quinze grains de camphre par once; il en fait faire des embrocations de demi-heure en demi-heure sur l'abdomen. Souvent les douleurs en sont notablement diminuées; mais, si elles persistent malgré ces moyens, on doit avoir recours aux évacuations du sang, qui rempliront de plus un autre objet, celui de prévenir l'inflammation qu'on a droit de craindre, et qui seront surtout indiquées s'il existe une douleur fixe dans un des points de l'abdomen. *Collot* les employait souvent, et paraît en avoir obtenu des succès. M. *Deschamps* les recommande. C'est aux sangsues que les praticiens actuels accordent la préférence, à cause de l'action plus directe qu'elles exercent.

Un moyen sur lequel on doit beaucoup compter consiste dans les bains tièdes, répétés deux ou trois fois dans le jour. On fera en sorte que la baignoire soit auprès du lit du malade, afin de ne pas le fatiguer par un long transport, et on aura soin de lui éviter l'impression du froid à la sortie de l'eau. Dans l'intervalle des immersions, on fera prendre des antispasmodiques sous toutes les formes, comme des infusions légères de menthe, de fleurs de tilleul ou de safran, de feuilles d'oranger; des potions faites avec des eaux distillées de ces diverses plantes, associées à quelque moyen plus énergique, tel que l'éther sulfurique, les gouttes anodines d'*Hoffmann*, le musc, le castoréum, l'huile de succin; des lavemens où l'on fera tenir en suspension de vingt à trente grains de camphre. Les narcotiques ne sont recommandés par aucun praticien. M. *Deschamps* conseille l'huile d'amande douce, donnée à la dose de trois onces, de quatre en quatre heures, dans la vue de produire des évacuations alvines. Ce moyen lui a paru quelquefois avantageux.

Quoique les toniques paraissent devoir être nuisibles dans une affection à la suite de laquelle on a souvent la péritonite à craindre, et que leur emploi ne semble pas très-rationnel à côté de celui des évacuations sanguines, l'expérience a néanmoins prouvé leur utilité dans certains cas où la prostration était excessive; c'est au quinquina que l'on a eu recours. Mais on ne peut faire de son usage un précepte général; il faut saisir l'occasion où peu de signes d'irritation abdominale permettent d'y avoir recours. Une pareille réserve n'est plus si nécessaire dans cette modification de l'état nerveux qui se montre chez les vieillards, et qui n'est caractérisée que par la prostration, l'assoupissement, la faiblesse du pouls. Alors son usage et celui des amers aromatiques est fort bien indiqué.

Enfin, quand au milieu du désordre des derniers symptômes, le délire, la fixité des regards, annoncent une affection du cerveau, on doit appliquer aux jambes les dérivatifs rubéfians. A cette description générale des symptômes et du traitement de l'état nerveux je vais joindre trois faits particuliers.

Mathieu Dumont, âgé de soixante-six ans, homme d'une faible constitution, fut taillé à l'hôpital de la Charité le 14 août 1817. Après l'incision ordinaire, M. *Roux* ayant porté les tenettes dans la vessie, amena du premier coup deux pierres, dont l'une était brisée; deux autres restaient encore : l'opérateur les sentit à l'aide du bouton, et, conduisant ses tenettes sur la vive-arête de ce dernier, il put retirer successivement l'une et l'autre sans les rompre et sans faire de trop grands efforts. Leur volume n'excédait pas celui d'une noisette; elles étaient lisses, jaunes, et d'une substance fragile. Après leur extraction, on fit une injection d'eau tiède dans la vessie. Le malade, reporté dans son lit, y est placé convenablement, et on lui donne de temps en temps des cuillerées d'une potion antispasmodique.

Bientôt il commence à souffrir dans le ventre, et principalement dans l'hypogastre; les douleurs se rapportent à l'extrémité de la verge, par laquelle s'échappent de temps à autre quelques cail-

lots de sang ; les urines coulent peu sur l'alèse, et le chirurgien de garde attribuant à leur rétention dans la vessie l'intensité des douleurs, sonde le malade ; mais il n'obtient qu'une très-légère évacuation de liquide. Dès-lors, regardant ces premiers accidens comme nerveux, il se borne à faire appliquer sur le ventre des flanelles imprégnées d'une décoction émolliente et narcotique.

Agitation pendant la nuit. Le lendemain, face décomposée, décubitus adynamique, stupeur très-prononcée, mêmes douleurs dans l'abdomen, envies de vomir, pouls faible et concentré, extrême débilité, due sans doute à la persistance et à l'intensité des douleurs.

M. *Roux*, pour reconnaître leur cause, passe dans la vessie une sonde qui n'évacue que peu d'urine ; puis passant son doigt indicateur dans la plaie pour explorer l'intérieur de l'organe, il y trouve seulement quelques caillots de sang.

Il devenait évident que les douleurs n'étaient pas dues à une distension de la vessie, et on ne pouvait les attribuer qu'à un état violent d'éréthisme, ou à un commencement d'inflammation. (Cinquante sangsues sur l'abdomen, deux bains tièdes, liqueur minérale d'*Hoffmann* ajoutée à la tisane et à la potion, lavement d'eau tiède avec deux onces d'huile de camomille.) Mais ces moyens ne produisirent aucun amandement, l'épuisement devint plus considérable, et la mort eut lieu à trois heures de l'après-midi.

Le cadavre, examiné, n'offrit pas de traces de péritonite, toutes les parties de l'abdomen étaient à peu près dans leur état naturel, seulement les vaisseaux du tissu cellulaire qui remplit l'excavation du bassin paraissaient plus injectés qu'à l'ordinaire.

M. le professeur *Boyer* tailla, le 8 mars 1817, à l'hôpital de la Charité, le nommé Jacques Bidost, âgé de soixante-trois ans, homme d'une constitution sèche et nerveuse, qui éprouvait depuis dix-huit mois les symptômes de la pierre. Après une recherche longue et laborieuse, un calcul fut amené au-dehors ; il était du diamètre d'une pièce de vingt sous, de forme lenticulaire, entier et

seul dans la vessie. On jugea qu'il fallait attribuer à son peu de volume et à sa forme aplatie les difficultés qu'on avait éprouvées à le rencontrer.

Peu de temps après l'opération, le malade éprouva beaucoup de faiblesse et d'accablement, effet naturel des douleurs vives qu'il venait de ressentir. Limonade végétale et potion antispasmodique. A peine une heure s'est-elle écoulée, que le ventre commence à devenir douloureux ; ces douleurs, d'abord légères, augmentent peu à peu, et durent toute la journée. M. *Boyer*, qui vient le soir visiter le malade, prescrit des applications émollientes sur l'abdomen et des embrocations avec une dissolution de camphre dans l'huile de camomille. Soulagement passager ; mais bientôt retour des douleurs, et de plus, vomissemens de glaires, mêlées d'une matière noire et filante.

9 mars. Prostration, teinte jaune de la surface cutanée, altération des traits de la face, yeux éteints, langue peu humide, pouls faible et fréquent, douleurs vives dans l'abdomen. Petit-lait édulcoré avec du sirop de violette, bain tiède. Le soir, le ventre devient tendu. Trente sangsues appliquées par le chirurgien de garde. Les vomissemens avaient eu lieu pendant toute la journée.

10 mars. Etat plus alarmant, sueur peu copieuse et luisante couvrant le visage et la poitrine, tension de l'abdomen avec de moindres douleurs, épuisement par les secousses réitérées et par les efforts qu'entraînent les vomissemens. (Infusion de tilleul, potion antispasmodique éthérée, lavement avec addition de deux onces d'huile de camomille tenant du camphre en dissolution.)

Dans la journée, les vomissemens continuent encore ; à trois heures, le pouls était à peine perceptible ; à cinq heures, mort.

Examen du cadavre. Rougeurs légères placées de distance en distance sur les intestins grêles, voisins de l'excavation ; épaississement des parois de la vessie ; du reste, rien de remarquable.

On trouve dans ces deux observations une analogie de symptômes qui n'est pas commune ; rarement, en effet, voit-on les accidens de l'état nerveux montrer chez plusieurs individus une marche et des retours constans; l'irrégularité fait leur caractère : c'est ce dont on peut s'assurer en lisant la description qu'en a donnée M. *Deschamps* dans son excellent ouvrage sur l'opération de la taille.

On sait d'ailleurs que la plupart des maladies internes qui surviennent comme accidens à la suite des grandes opérations ont en quelque sorte une physionomie particulière, qui les distingue des mêmes affections développées sous l'influence de causes différentes. Plus rapides dans leur marche, et ordinairement plus graves, elles offrent souvent une confusion de symptômes qui semble accuser la lésion de plusieurs systèmes organiques à la fois, et constituer des maladies non décrites. Alors l'homme de l'art est obligé d'improviser, pour ainsi dire, les règles de sa conduite, et son traitement devient aussi irrégulier que les accidens qu'il s'efforce de combattre offrent d'anomalies.

A l'appui de ces idées, qui s'appliquent très-bien aux suites de la lithotomie, je puis citer une observation intéressante ; je la dois à M. *Roux*, qui m'a permis de la mettre au jour, et dont les lumières ont plus d'une fois, dans le cours de cette thèse, éclairci mes doutes, et fixé mes incertitudes. M. le docteur *Hervez*, digne élève d'un aussi grand maître, m'a également aidé de conseils utiles ; en associant ici leurs noms, qui sont joints dans mon souvenir, je publie, sans prétendre l'acquitter, toute la reconnaissance que je dois à l'un ; je paie à l'autre la dette plus facile de l'amitié.

M. D***, riche négociant de Paris, fut taillé sur la fin de l'an 1817 par M. *Roux*. La pierre, qui était grosse, fut brisée, et néanmoins les fragmens ne s'étant pas séparés, furent amenés ensemble et du premier coup par les tenettes ; l'opération fut donc simple en elle-même.

Les deux premiers jours, état satisfaisant; le matin du troisième, douleur vive dans le flanc gauche, vingt sangsues en cet endroit, saignée générale; le soir, le malade tombe tout à coup dans un état de prostration extraordinaire ; réponses brèves et presques nulles, fixité des regards, sueur visqueuse et froide, généralement répandue, pouls faible et lent ; affaissement de l'abdomen, aspect grisâtre et flaccidité des bords de la plaie. A la vue de ces symptômes, on eût pensé, dit M. *Roux*, qu'une inflammation intérieure occulte venait de se terminer promptement par gangrène. Dès ce moment, fâcheux prognostic. (Sinapismes appliqués aux jambes et aux cuisses, un sur le flanc qui avait été le siége de la douleur primitive. Prescription intérieure du quinquina et du camphre à haute dose.

Quatrième jour. Pouls un peu relevé, seul changement dans l'état du malade; mais, dans la journée, cet orage effrayant qui avait si promptement menacé ses jours se dissipe peu à peu, et le soir, toute apparence de danger ayant cessé, il se rappelle à peine et confusément la scène dans laquelle il s'est trouvé le plus intéressé. Ces phénomènes singuliers, leur caractère extrêmement grave, et leur prompte disparition, formaient une première série d'accidens remarquables ; il y en eut de consécutifs, qui furent non moins extraordinaires.

Au vingtième jour, l'état général était bon, quoique la totalité des urines s'écoulât encore par la plaie. Alors elles devinrent épaisses et blanchâtres, et bientôt la quantité de glaires qu'elles entraînaient fut considérable; fièvre lente, amaigrissement extrême, encore augmenté par l'état de l'estomac, qui ne pouvait supporter le moindre aliment. Au trentième, introduction d'une sonde élastique, qui, ayant fatigué le malade, fut retirée au bout de quelques jours, et qui d'ailleurs ne livrait passage qu'à peu d'urine. Au trente-sixième, M. *Roux*, qui commençait à désespérer du salut de son opéré, eut l'heureuse idée de le faire lever, et de lui prescrire la chair de côtelettes grillées de mouton, dont il ne ferait

qu'avaler le jus. Ce jus fut gardé par l'estomac, et, dès cette première sortie du lit, une partie des urines passa par l'urètre. Le lendemain et les jours suivans, il en arriva de même, et en très-peu de temps les symptômes inquiétans tombèrent; l'urine, devenue claire, reprit son cours naturel; la fièvre cessa, et l'embonpoint reparut. La guérison n'a été guère plus lente qu'elle n'est chez les individus dont aucun accident ne traverse la cure.

ARTICLE DEUXIÈME.

Rétention d'urine et de sang dans la vessie.

Cet accident se manifeste ordinairement peu d'heures après l'opération; voici de quelle manière il paraît avoir lieu : la plaie, qui a subi un froissement considérable pendant la recherche et l'extraction du calcul, ne fournit d'abord que très-peu de sang. Mais bientôt, le malade ayant été replacé dans son lit et commençant à éprouver un peu de calme, le spasme cesse, les petits vaisseaux dont les orifices étaient crispés s'ouvrent, et la plaie saigne. Or, si cette plaie est très-étroite, comme cela a lieu chez les gens chargés d'embonpoint; ou si elle ne présente pas à l'urine un cours facile (ce qui peut avoir lieu quand son angle inférieur est trop peu déclive), il arrivera que, dans le premier cas, peu de caillots de sang l'auront bientôt obstruée; que, dans le second, ces caillots, n'étant pas délayés par l'urine, adhéreront fortement aux surfaces de l'incision, ne tarderont pas à en remplir l'intervalle, et fermeront toute communication de la vessie avec l'extérieur, soit par la plaie, soit par l'urètre. Cependant l'urine s'accumule, emplit la vessie et la distend; les douleurs, qui s'étaient apaisées, se renouvellent et se font sentir à l'extrémité de la verge, à l'hypogastre, au périnée, dans les reins; bientôt elles deviennent intolérables, si on ne fait cesser leur cause.

Ces douleurs, l'expulsion par l'urètre de caillots de sang qui

sortent en causant de vives cuissons ; l'état de l'alèse qui reste à peine imprégnée d'urine, enfin une tumeur sphérique que le palper de l'hypogastre fait reconnaître s'élevant au-dessus des pubis, voilà quatre signes sur lesquels on peut établir sûrement le diagnostic. Cet accident est peu grave par lui-même ; néanmoins les vives douleurs qu'il cause pourraient, si elles étaient prolongées, produire des spasmes, et augmenter la disposition du péritoine à s'enflammer, si elle existait. Il faut donc y remédier promptement.

Une sonde qu'on fait arriver à la vessie par l'urètre fournit un moyen prompt, simple et facile d'atteindre ce but. Son introduction ne présente ordinairement pas de difficultés ; quelquefois néanmoins, au moment où son bec arrive dans la plaie, il s'y fourvoie, et pourrait même percer le tissu cellulaire, si on lui communiquait une impulsion trop forte. Il faut donc tâtonner avec du ménagement et de la patience, en usant d'une précaution qui consiste à diriger ce bec à droite et en haut, pour lui faire éviter la plaie située en bas et à gauche du col. Aussitôt après son arrivée dans la vessie, l'urine s'écoule teinte de sang ; et alors les douleurs et les accidens cessent. Il n'est pas nécessaire de laisser la sonde à demeure : on l'introduira de nouveau si la rétention se reproduit.

Il serait possible que, malgré sa pénétration au sein de cet organe, il ne s'écoulât rien par son pavillon : on aurait alors lieu de soupçonner que les caillots de sang qu'elle a traversés en passant par la plaie du col en ont bouché les yeux. Pour remédier à cet inconvénient, il faudrait la retirer pour la nettoyer ; ou bien injecter doucement un peu d'eau tiède dans son canal.

Lorsque, par le défaut de secours administrés à temps, les douleurs ont été vives et prolongées, il est prudent, après avoir évacué l'urine, de prescrire un bain tiède, dans lequel le malade doit rester une demi-heure.

J'ai observé cet accident en deux occasions. La première fois ce

fut sur un ancien marin, que M. *Roux* tailla à Chaillot dans le mois de juillet 1817. Ce malade avait de l'embonpoint et était âgé de cinquante et quelques années. A la suite de son opération, pendant laquelle la pierre avait été brisée, il commençait à se réjouir du calme qu'il éprouvait : mais, au bout d'une heure environ, des douleurs se firent sentir dans les reins, et surtout le long de la verge, par laquelle s'échappaient quelques caillots de sang, figurés en rubans de la longueur du canal. Elles devinrent bientôt si vives, que le malade prétendait n'avoir pas plus souffert pendant l'opération. J'avais été laissé près de lui par M. *Roux* : ne connaissant la distension de la vessie après la lithotomie que pour en avoir lu la description, je fus quelque temps à reconnaître que j'avais cet accident sous les yeux. Mais, ayant observé que la plaie paraissait obstruée par du sang coagulé, et que l'alèse était à peine mouillée d'urine ; que le siége des douleurs à l'hypogastre, au périnée, marquait leur cause dans la vessie, je ne doutai plus qu'il n'y eût rétention d'urine dans cet organe. Je passai une sonde d'argent, et vis avec plaisir une grande quantité d'urine sanguinolente s'écouler, et le malade éprouver un prompt soulagement, qui fut suivi de trois heures de sommeil.

M. B.... a guéri, mais avec une circonstance qui me fournira l'occasion de rapporter son observation plus tard.

J'observai ce même accident à la Charité, sur un adulte, taillé par M. *Roux* la même année. Il offrit les mêmes circonstances que dans le cas précédent ; et j'y remédiai par le même moyen.

Quelquefois cette rétention a pour cause un spasme du col de la vessie ; mais, dans ce cas, elle cesse ordinairement d'elle-même, après avoir duré peu de temps.

ARTICLE TROISIÈME.

Hémorrhagie.

Trois sources distinctes peuvent fournir du sang après l'opération : ce sont, 1.° plusieurs artères qui se trouvent situées dans l'espace périnéal ; 2.° les petits vaisseaux ouverts sur les deux surfaces de la plaie ; 3.° ceux de la vessie même, blessés lors de circonstances particulières. Dans ce dernier cas, et dans le premier, l'hémorrhagie survient au moment même de l'ouverture des vaisseaux, ou peu d'heures après l'opération. Dans le second, elle ne se montre ordinairement qu'au bout de deux, trois, quatre, six, huit jours, ou même plus tard. C'est à celle-ci que les auteurs donnent le nom d'*hémorrhagie consécutive ;* tandis que les deux autres sont appelées par eux *primitives.* Je vais d'abord m'occuper des hémorrhagies primitives; et je commence par celle qui vient de la vessie.

A. Cette hémorrhagie, qu'on a quelquefois attribuée à la lésion des vaisseaux sains ou variqueux de cet organe, ne reconnaît pas ces deux causes (1) ; elle ne survient qu'après l'extraction de calculs chatonnés, adhérens ; et comme, dans ce cas même, elle n'est pas inévitable (2), on peut établir que c'est un accident très-rare.

---

(1) Telle est l'opinion de M. le professeur *Richerand.* On peut voir comment il s'exprime à cet égard dans sa Nosographie chirurgicale, t. 3.

(2) C'est ce que prouvent plusieurs faits. *Ledran* tira des pierres adhérentes à quatre malades, dont un mourut d'hémorrhagie nasale un mois après l'opération; les trois autres n'éprouvèrent point d'accidens. Il parle de l'extraction d'une pierre de cette nature faite par *Maréchal* en 1715, sans dire quel en fut le résultat. Mais ce silence même autorise à croire qu'aucune circonstance remarquable ne suivit l'opération. Enfin on lit dans la thèse de M. *Castera*, faite sur le sujet que je traite, que M. le professeur *Boyer* pratiqua une taille semblable, qui ne fut pas suivie d'hémorrhagie.

Il est reconnu que, dans certains cas, une pierre murale se trouve entourée d'excroissances charnues, qui ont poussé des prolongemens entre les inégalités de sa surface, et qui la retiennent fixée par cette sorte d'engrenure (1). Des observateurs irrécusables, tels que *Lapeyronie*, *Houstet*, *Ledran*, M. *Deschamps*, ont rencontré cette disposition, dont plusieurs lithotomistes, entre autres, *Collot* et *Tolet*, avaient nié la possibilité. Or, dans un tel cas, on ne pourra tirer la pierre sans l'arracher aux parties molles, qui la rendent adhérente; et si le tissu de ces fongosités est spongieux et lâche, s'il est traversé par des vaisseaux dilatés, il laissera couler sans peine une abondante quantité de sang. C'est ainsi que l'hémorrhagie fut produite chez un malade opéré par *Lapeyronie* en 1731, chez qui le sang venait de prolongemens charnus, qu'il avait fallu rompre pour amener le calcul. On ne put s'en rendre maître, et la mort eut lieu dix-huit heures après l'opération.

Un cas analogue s'offrit à M. *Deschamps* en 1795; et si l'hémorrhagie n'eut point une issue funeste comme chez le malade précédent, ce fut probablement un heureux hasard. Elle avait duré, sans interruption, pendant plusieurs heures; enfin elle parut céder aux applications réfrigérantes, non sans avoir mis les jours du malade dans un très-grand danger.

On a encore admis que la dilacération ou l'arrachement d'un fongus vésical isolé de la pierre pourraient être cause de cette espèce d'hémorrhagie. On conçoit que la chose est possible; mais le peu de faits de cette nature dont parlent les auteurs permettent de croire que le plus souvent cela n'arriverait pas ainsi. En effet, chez quatre calculeux, savoir deux dont parle *Houstet* dans son mémoire sur les pierres enkystées; un autre, que cite *Manget* dans sa Bibliothèque anatomique; un quatrième, qui fut opéré par

(1) Ce n'est pas le seul mode d'adhésion des pierres aux parois de la vessie; mais comme ce paraît être le seul qui puisse donner lieu à l'hémorrhagie dans l'opération, je n'ai dû parler que de lui.

Morand en 1731 ; des excroissances fongueuses ayant été arrachées du sein de la vessie, les malades périrent, mais sans avoir éprouvé d'hémorrhagie.

Quoi qu'il en soit, l'hémorrhagie vésicale, quand elle a lieu, constitue un accident très-grave, puisque la ligature et la compression ne peuvent rien contre elle. Si on la rencontrait dans la pratique, on pourrait arriver à reconnaître la source du sang, en récapitulant les circonstances de l'opération, et en observant l'inutilité d'une compression méthodique exercée sur la plaie ; et alors, malgré le peu de confiance à accorder aux applications réfrigérantes sur l'hypogastre et à la partie interne des cuisses, aux injections froides, vinaigrées, styptiques, poussées dans la vessie ; aux saignées révulsives, on devrait tenter ces divers moyens.

B. Je passe à l'hémorrhagie fournie par les artères, accident dont l'étiologie, pour être développée avec tout le soin convenable, doit être précédée de quelques considérations anatomiques.

L'espace périnéal reçoit ses vaisseaux artériels les plus remarquables de la honteuse interne ; cette artère, arrivée sur la face interne de la tubérosité sciatique, se porte presque horizontalement en avant et en dedans, cachée profondément par la branche ischio-pubienne de l'os coxal, et marchant entre les muscles obturateur interne et releveur de l'anus : parvenue près de l'endroit où le muscle transverse du périnée s'attache conjointement avec l'ischio-caverneux, elle donne sa *branche superficielle*, puis, sous le nom d'*artère pénienne*, traverse l'extrémité externe du premier de ces muscles, et non loin de là fournit l'*artère du bulbe de l'urètre* ou *transverse du périnée* ; ensuite, cachée par le muscle ischio-caverneux, et plus en avant par la racine du corps caverneux, elle s'approche davantage du centre du périnée, et se trouve moins défendue par la branche osseuse, qui jusqu'à ce lieu l'avait protégée ; elle la quitte enfin à cinq ou six six lignes du

sommet de l'arcade pubienne, et se partage en *artère caverneuse* et en *artère dorsale de la verge.*

Quelques branches, qui vont au sphincter externe et au releveur de l'anus, sont fournies par l'artère honteuse, dans le trajet qu'elle parcourt, depuis sa rentrée dans le bassin jusqu'au moment où elle arrive près du muscle transverse. C'est là qu'elle fournit l'artère superficielle du périnée, Celle-ci, dans l'endroit où elle s'en détache pour devenir sous-cutanée, se trouve placée derrière l'extrémité externe du muscle transverse. A partir de là, elle se porte horizontalement en avant et en dedans, en suivant ordinairement la direction du muscle ischio-caverneux sous lequel elle est placée, quelquefois néanmoins plus rapprochée du raphé, et alors répondant à l'intervalle celluleux qui sépare ce muscle du bulbo-caverneux; puis elle arrive dans les bourses, et finit par se ramifier dans la cloison celluleuse qui sépare les testicules. Dans son trajet, cette artère donne beaucoup de rameaux qui se dirigent en dedans; ceux d'entre eux qui vont au sphincter et à l'extrémité inférieure du rectum constituent les *artères hémorrhoïdales inférieures.*

L'artère transverse du périnée, première branche que fournit la honteuse quand elle a pris le nom d'*artère pénienne*, se porte en-dedans et en avant, dans une direction parallèle au côté supérieur du muscle transverse, et, après un court trajet, pénètre dans le bulbe de l'urètre.

Il résulte de la disposition de cette dernière qu'elle doit être évitée tant qu'on suit rigoureusement les préceptes, puisque l'incision des parties profondes doit toujours commencer au-dessous du bulbe de l'urètre, et descendre ensuite vers l'ischion. Mais il n'en est plus de même quand cette coupe intérieure est dirigée trop en travers; car, par l'effet d'une telle direction, elle doit finir en-dehors, vers l'origine de l'artère transverse, qui dès-lors court les plus grands risques d'être coupée; la branche superficielle elle-même se trouvera fort exposée dans une telle manœuvre. Or, ce

sont là les inconvéniens que présente l'emploi, soit du gorgeret primitif d'*Haukins*, dirigé horizontalement, soit du gorgeret de *Desault*, porté dans un direction oblique.

Si c'était ici le lieu d'examiner l'action défectueuse de ce dernier instrument, je dirais qu'il est difficile de diriger son bord droit en bas, dans la vue de rendre la coupe profonde parallèle à l'incision extérieure; car ce résultat ne se pourrait obtenir qu'autant que son bord gauche marcherait directement dans l'angle supérieur de la plaie; ce qui ne peut avoir lieu, puisque cette place est occupée par la vive-arête de l'instrument, laquelle glisse dans la cannelure du cathéter. Le bord gauche est donc repoussé et par la position de cette vive-arête et par l'élasticité des chairs, double cause qui ramène le gorgeret à une direction presque horizontale. Si, de plus, on considère la forme plate et par conséquent la largeur trop grande que présente l'extrémité de cet instrument, on sentira combien son bord tranchant doit s'approcher de la branche ischio-pubienne de l'os coxal, et de la naissance de l'artère transverse.

On lit dans l'ouvrage de M. *Deschamps* : « En mai 1795, *Desault* a fait, dit-on, la ligature de l'artère honteuse ouverte dans « une taille pratiquée avec le gorgeret d'*Haukins.* » Je pense, par des raisons qui seront développées plus bas, que ce ne fut pas la honteuse interne qu'on ouvrit dans cette opération, mais que ce fut l'artère transverse.

M. le professeur *Dubois* a vu, dans une opération à laquelle il assistait, l'emploi de ce même gorgeret corrigé déterminer l'hémorrhagie; celle-ci partait du fond de la plaie. Même conjecture de ma part sur ce fait que sur le précédent à l'égard du vaisseau lésé.

Qu'on suppose les corrections suivantes faites à l'instrument primitif d'*Haukins* : 1.° un bouton prolongé et fortement courbé vers le bord gauche de sa gorge; 2.° son extrémité rendue assez étroite; 3.° son tranchant placé, non sur une partie recourbée, mais sur une partie plate, alors on aura la facilité de le conduire dans une direc-

tion suffisamment oblique, et les désavantages de l'instrument simple ou corrigé par *Desault* disparaîtront. Telle est précisément la disposition que présentent les gorgerets dont se servent quelques chirurgiens, et particulièrement M. *Roux*, en France.

En examinant l'artère superficielle du périnée dans sa disposition relativement à la ligne tracée pour l'incision des parties, on voit qu'elle devient sous cutanée assez près du trajet de cette ligne, qu'elle s'en écarte ensuite à mesure qu'elle s'avance vers la racine des bourses; qu'en conséquence elle peut être intéressée du moment ou elle quitte le niveau de la branche osseuse ischio-pubienne, jusqu'à son arrivée sous les tégumens et un peu au-delà. Or, on concevra que sa blessure, dans cette étendue, sera facile, si l'on suppose, 1.° qu'une disposition particulière la rapproche du raphé du périnée plus que dans les cas ordinaires; 2.° que les incisions ont été trop latéralisées. Ces deux circonstances pouvant facilement arriver, l'expérience prouve que la lésion qui en résulte est un événement très-fréquent dans l'opération de la taille.

L'artère honteuse interne paraît à l'abri de toute lésion dans les cas ordinaires. En effet, ce n'est pas dans l'incision extérieure qu'on la supposera susceptible d'être atteine; cette incision trop superficielle n'arrive pas jusqu'au plan sur lequel elle est située, et d'ailleurs pendant ce premier temps de l'opération, les yeux qui guident l'instrument l'empêchent facilement de trop s'approcher du lieu qu'elle occupe.

Mais c'est au lithotome qui incise profondément et dont la marche est moins soumise à l'opérateur que celle d'un simple bistouri, qu'on adresse le plus volontiers le reproche d'offenser cette artère, et cela dans deux cas, 1.° s'il est conduit dans une direction trop oblique vers l'ischion; 2.° s'il est disposé de manière à donner un trop grand abaissement de sa lame. Mais cette lame ne trouvera-t-elle pas toujours dans la tranche osseuse ischio-pubienne un obstacle insurmontable? L'artère située sur la face pelvienne de cette branche marche éloignée de son bord interne par un intervalle de plu-

sieurs lignes, et n'abandonne cette place qu'au-dessus de l'attache du corps caverneux. Pour supposer sa lésion possible, il faudrait admettre que l'instrument fût porté vers le trou sous-pubien, et qu'ensuite on le ramenât de cette première direction vers l'ischion, en rasant la face interne de celui-ci. Mais existe-il une seule circonstance dans laquelle une pareille incision devienne nécessaire?

Dans l'examen détaillé des avantages et des inconvéniens du lithotome caché, M. *Deschamps* dit que cet instrument pourrait blesser la honteuse, s'il arrivait qu'elle fût portée vers le centre du périnée plus que dans les cas ordinaires. Je ne vois en effet que cette sorte de variété anatomique qui puisse en rendre la lésion possible.

Chéselden, dans ses opérations de taille, n'ouvrait, au rapport de *Morand*, que deux vaisseaux remarquables, 1.° une artère de la membrane adipeuse; 2.° une autre qui entre dans le corps caverneux de l'urètre. Ces deux artères, comme il est facile de le voir, ne sont autre que la transverse et la superficielle du périnée. On ne dit pas que la honteuse interne ait jamais été blessée par ce grand chirurgien.

On sait que l'artère transverse égale souvent en grosseur le tronc qui la fournit. D'après cela, on peut supposer que sa lésion a pu être prise quelquefois pour celle de l'artère honteuse elle-même. Dans la méthode actuelle d'opérer, l'artère superficielle du périnée paraît être la source ordinaire des hémorrhagies primitives; mais elle n'est pas la seule. M. *Roux* pense que d'autres vaisseaux encore peuvent fournir du sang pendant ou après l'opération; tels sont les rameaux hémorrhoïdaux inférieurs, ceux que les artères hémorrhoïdale moyenne et vésicale envoient au col de la vessie, à la prostate et à la partie membraneuse de l'urètre. Quelques-uns de ces vaisseaux peuvent avoir été dilatés par la longue irritation que le séjour de la pierre a produite sur toutes les parties voisines de la vessie, et dans ce cas leur lésion donne lieu à une hémorrhagie qui n'est pas sans danger.

Les idées que je viens de présenter sur le mode de lésion de l'artère transverse, et sur l'impossibilité de blesser la honteuse interne, ne sont que des conjectures peut-être hasardées ; j'ai cru pouvoir me les permettre dans une matière où le défaut d'autopsies cadavériques a laissé la vérité ignorée, et je les soumets aux lumières de de mes juges, en réclamant toute leur indulgence.

L'effusion du sang peut avoir été suspendue dans le cours de l'opération par l'effet du spasme général et par les froissemens qu'a subis la plaie ; mais au bout de deux ou trois heures, l'éréthisme cessant et les forces du cœur commençant à se rétablir, ce fluide reparaît ; et alors il arrive, si rien n'en arrête le cours, que sa perte continue entraîne en peu de temps celle du malade ; mais le plus souvent des caillots formés d'eux-mêmes arrêtent momentanément l'hémorrhagie ; à leur chute celle-ci se renouvelle, et au bout d'un certain temps elle peut cesser encore : après s'être ainsi montrée à diverses reprises, elle cause un épuisement excessif ; le visage, les lèvres pâlissent, la voix s'éteint, les extrémités se refroidissent ; il survient du hoquet, une syncope ; le pouls cesse d'être sensible, et le malade meurt.

A la vitesse avec laquelle le sang coule de la plaie, à sa couleur rutilante, au peu de temps depuis lequel l'opération a été pratiquée, on reconnaît facilement l'hémorrhagie artérielle. Peut-on déterminer quel est le vaisseau lésé ? Voici les données des auteurs à cet égard : le sang vient de l'angle supérieur de la plaie, s'il y a lésion de l'artère du bulbe, et sort de la partie inférieure de sa lèvre externe, lorsque c'est la superficielle du périnée qui est ouverte. Mais ces signes, appréciables au moment même de l'ouverture des vaisseaux, ne le sont plus quand l'hémorrhagie survient après elle, à cause des caillots qui obstruent la plaie ; l'embonpoint du malade peut les rendre fort incertains, et l'on prévoit qu'ils n'existeront pas lorsque le sang viendra des ramifications des artères hémorrhoïdale moyenne et vésicale.

Quelquefois la plaie étant pleine de caillots, le sang coule peu

au-dehors, et il s'accumule en grande quantité dans la vessie. Alors une anxiété particulière et générale qu'éprouve le malade, bientôt les douleurs qu'il ressent à l'hypogastre et dans les reins, une tumeur qui s'élève au-dessus des pubis; plus tard l'affaiblissement du pouls, la pâleur du visage, le refroidissement des extrémités, font connaître le danger dans lequel il se trouve.

En général, ces hémorrhagies portent l'effroi dans l'esprit des opérés, et, sous ce rapport, sont plus graves que celles qui accompagnent l'exécution de la lithotomie. Dans celle-ci l'accident reste ignoré du patient, qui regarde les moyens divers par lesquels on tâche d'arrêter le sang comme formant une partie essentielle et accoutumée de l'opération. Mais une pareille erreur ne peut l'abuser quand son sang paraît au bout de quelques heures. A cette vue il s'effraie et se décourage. Qu'on joigne à cette influence sur le moral la fatigue et les douleurs que cause l'emploi des moyens hémostatiques, leur insuffisance dans bien des cas, et l'on admettra que l'hémorrhagie est toujours une suite très-fâcheuse de l'opération.

Prévenir cet accident n'est jamais au pouvoir de l'opérateur, qui, malgré toute la prudence et l'adresse imaginables, a trop souvent contre lui l'inconstance des branches artérielles dans leur disposition. Qu'il suive donc exactement les règles établies, et il sera toujours à l'abri du reproche. Quelques chirurgiens, il est vrai, conseillent d'éloigner l'incision de la tubérosité sciatique, en la rapprochant de l'anus, afin d'éviter l'artère superficielle du périnée; mais cette précaution ne met-elle pas en danger de blesser le rectum? On sait que *Moreau*, au moyen du procédé qui lui était propre, croyait se mettre en sûreté contre la crainte de l'hémorrhagie; mais la prétention de former une plaie figurant deux triangles opposés par leur sommet, et d'éviter le muscle transverse, seulement à l'aide de quelques mouvemens combinés, ne paraît-elle pas un peu chimérique? Et si cette manière d'opérer avait réellement l'avantage d'éviter plus souvent l'hémorrhagie, ce qu'on peut expliquer par l'étroitesse de la plaie, les efforts violens que cette dernière disposition obligeait de

faire dans l'extraction du calcul ne devaient ils pas donner lieu aux inconvéniens les plus graves ?

Nombre de moyens ont été recommandés pour suspendre l'hémorrhagie ; mais je ne ferai qu'indiquer, pour les rejeter, les astringens, les styptiques, dont l'insuffisance est reconnue dans toutes les hémorrhagies artérielles, et qui irritent vivement la plaie ; les caustiques, qui souvent étendent trop loin leur action ; la compression à l'aide du doigt, proposée par *Pouteau*, ressource infidèle, parce qu'elle ne peut être assez long-temps prolongée ; les saignées révulsives, qui ajoutent à la faiblesse du malade sans être efficaces ; le rapprochement des cuisses du malade, expédient sur lequel on doit encore moins compter. Restent donc les seuls moyens applicables à toutes les hémorrhagies externes : la compression et la ligature. Cette dernière, dans son mode le plus simple, n'est réellement praticable que pour les artères très-superficielles ; on l'emploierait, si, après avoir nettoyé la plaie des caillots qu'elle renferme, on voyait le sang couler non loin de ses bords : une pince à disséquer pour saisir le vaisseau, une anse de fil pour l'étreindre, suffiraient dans ce cas. Dans les sujets doués d'un embonpoint médiocre, et chez qui la branche inférieure de la honteuse n'a pas été coupée trop près de son origine, le jet de sang est assez superficiel pour que l'hémorrhagie puisse être arrêtée de cette manière.

L'artère est-elle plus profonde, on recommande l'emploi des aiguilles courbes ; mais, outre le peu de certitude sur l'endroit d'où vient le sang, ne voit-on pas qu'il est d'une extrême difficulté de faire manœuvrer dans une plaie étroite cet instrument qui, à raison de sa forme, tient une certaine place, et les deux doigts qui le font mouvoir.

L'aiguillle à manche de M. *Deschamps* offre plus d'avantages, parce qu'elle n'exige, pour être conduite, que l'introduction d'un seul doigt de la main gauche dans la plaie, pendant que la main droite la fait mouvoir ; mais, en s'en servant, on ne sait pas avec plus de précision de quel point vient le sang.

Du reste, cet instrument ingénieux réussit parfaitement entre des mains habiles, pour la ligature de l'artère honteuse interne elle-même; et l'on pourrait être toujours assuré de suspendre l'hémorrhagie, si constamment le sang venait des branches nées de cette artère. Mais nous avons dit que d'autres vaisseaux peuvent le fournir après l'opération. Toutefois il me semble que les essais n'ont pas été assez multipliés à cet égard. Qu'on pense en effet que, si la honteuse ne fournit pas toutes les artères susceptibles d'être blessées dans la taille, elle donne la plupart d'entre elles; savoir: quelques-unes qui s'en détachent avant la naissance de la branche superficielle, cette branche elle-même, et les vaisseaux hémorrhoïdaux inférieurs, nés de cette dernière. Peut-être cette ligature, tentée dans tous les cas, arrêterait-elle le plus grand nombre des hémorrhagies primitives qu'entraîne la lithotomie.

On pourra objecter les difficultés d'une telle opération; mais ces difficultés ne sont pas très-grandes; car on a deux guides, la résistance de la branche osseuse ischio-pubienne, et le battement de l'artère; et lorsque l'embonpoint du malade n'est pas trop considérable, ces deux guides peuvent suffire au chirurgien doué d'une dextérité naturelle que l'habitude des opérations épineuses a augmentée. J'ai vu faire cette ligature à M. *Roux*; et quoique, dans ce cas particulier, le battement artériel manquât à cause de l'excessive faiblesse, l'opération fut achevée en peu de temps, et l'examen des parties, après la mort du sujet, prouva que l'artère avait été très-exactement embrassée.

Peut-être un jour les nombreux inconvéniens de la compression feront-ils tourner les yeux sur les avantages qu'on pourrait tirer de la ligature; mais ces avantages demandent à être constatés par l'expérience, qui, d'un autre côté, a prononcé sur la valeur réelle des moyens compressifs, et les a fait adopter jusqu'à présent. Il est de fait que ces derniers parviennent presque toujours à arrêter l'écoulement du sang; et ce résultat de première importance semble avoir fait oublier, 1.° que le tamponnement par lequel on écarte avec

force les parois de la plaie, peut les irriter au point de déterminer leur inflammation, celle de la prostate et du col de la vessie, et même est capable d'y produire des escharres ; 2.° qu'une disposition à la péritonite peut être augmentée par l'effet de cette vive irritation ; que l'inflammation de la vessie en est souvent le résultat ; 3.° que la forte pression à laquelle est soumise la partie inférieure du rectum empêche, pendant le séjour des moyens compressifs, l'expulsion des gaz intestinaux, et cause des coliques fortes et prolongées ; 4.° que l'éloignement forcé des parois de la plaie nuit à leur affaissement et à leur rapprochement mutuel, entraîne une lente cicatrisation, et peut amener une fistule urinaire, surtout si le sujet est maigre, ou s'il y a eu suppuration et formation d'escharres au col de la vessie et à la glande prostate ; 5.° qu'enfin l'extrême dilatation du col, en le privant de son ressort naturel, dispose à l'incontinence d'urine, résultat encore plus à craindre lorsque cette ouverture a éprouvé quelque perte de substance par l'effet de la gangrène ou de la suppuration. Quoi qu'il en soit dans l'état actuel de la science, la compression est le moyen qu'on recommande. Je décrirai la manière de l'exercer en parlant de l'hémorrhagie consécutive.

M. le professeur *Dupuytren*, dans sa thèse sur la *lithotomie*, a parlé de l'emploi du feu pour arrêter le sang. Il avait, disait-il, expérimenté sur des cadavres qu'on parvenait à cautériser un point voulu de la plaie, en y dirigeant, à l'aide d'une canule bien fixée, un cautère en roseau. Je ne sais si ce moyen a été mis en usage.

C. *Hémorrhagie consécutive.* Cette hémorrhagie peut, comme je l'ai déjà fait observer, survenir à des époques très-différentes ; quelque fois elle a lieu le deuxième ou le troisième jour après l'opération ; mais le plus ordinairement ce n'est que du cinquième aux huitième ou dixième qu'on la voit paraître, et rarement se montre-t-elle plus tard.

Au nombre de ses causes, qui sont très-variées, et qui souvent ne peuvent être connues, il faut admettre surtout la faiblesse originelle

ou acquise du sujet, la délicatesse de sa constitution, son âge avancé. Quelquefois la débilité qu'entraîne la masturbation n'a pas paru étrangère à la production de cet accident. Je me rappelle avoir vu en 1813, à la Charité, un jeune homme chez qui plusieurs hémorrhagies survenues huit à dix jours après l'opération furent attribuées à cette cause. Ce malheureux, à peine échappé aux premiers accidens, ne put vaincre le penchant irrésistible qui le dominait, et paya de sa vie son asservissement à cette misérable habitude.

Dans quelques cas de faiblesse organique, on a vu le sang venir de toute la surface de la plaie, et ne pouvoir former des caillots; sa fluidité plus qu'ordinaire rendait l'écoulement continu, et l'application des moyens compressifs inutiles, et le malade périssait. M. *Deschamps* a observé trois faits de cette nature.

Le quatrième jour après une taille faite par *Tolet*, des mouvemens inconsidérés du malade à l'occasion d'une affection morale vive, déterminèrent une hémorrhagie, qui se reproduisit le lendemain par la même cause. *Collot* rapporte qu'un de ses opérés ayant fait, le douzième jour de l'opération, de grands efforts pour aller à la selle, fut pris aussitôt d'hémorrhagie. M. le professeur *Pelletan* a vu plusieurs fois cette dernière cause avoir même effet, et a remarqué que dans ce cas l'écoulement sanguin pouvait s'arrêter de lui-même. C'est ce que j'ai moi-même observé chez un malade dont l'histoire a présenté deux autres circonstances remarquables, savoir la difficulté du diagnostic, et le peu de douleurs causées par une pierre murale.

François Delamare, âgé de dix-sept ans, entra à la Charité le 2 avril 1817. Voici les incommodités légères qu'il éprouvait de temps à autre depuis dix ans. Picotemens et cuissons à l'extrémité de la verge en finissant l'excrétion des urines; envies fréquentes et parfois trompeuses d'aller à la garde-robe et d'uriner; douleurs assez fortes par le transport dans une voiture rude et cahotante, nulles dans une voiture bien suspendue; sur les derniers temps, urines qui dé-

posaient de petits graviers très-fins, et qui devenaient foncées en couleur à la suite d'un exercice fatigant. Le 26 mai 1817, elles avaient paru teintes de sang. Le malade, effrayé de cette nouvelle circonstance, était venu trouver M. *Deschamps*, qui, l'ayant sondé, avait reconnu la présence d'un calcul dans la vessie. Tel était le récit du malade sur son état.

MM. *Boyer* et *Roux*, ne pouvant s'en tenir à son seul témoignage, le sondent à leur tour, et ne trouvent point de pierre. Quatre heures après le cathétérisme, excrétion de sang avec les urines. On prescrit le lendemain un bain et de l'eau de graine de lin émulsionnée pour tisane. Ces moyens continués plusieurs jours, et le repos, font cesser toute douleur; ce qui fortifie le malade dans l'idée qu'on a pu lui inspirer de fausses craintes. Néanmoins, comme l'avis d'un praticien respectable et par ses talens et par son âge ne doit être rejeté qu'après un mûr examen, on se prépare à une nouvelle recherche. Cette fois MM. *Boyer* et *Roux* font prier M. *Deschamps* de venir. Tous trois explorent tour à tour et avec beaucoup de soin l'intérieur de la vessie, font placer le malade de différentes manières, le font lever, poussent la sonde dans tous les sens, et définitivement ne trouvent rien.

Le 26 avril, l'excrétion de l'urine redevient douloureuse; on insiste sur les bains et les boissons mucilagineuses, mais les douleurs persistent. Nouvelle exploration faite le 2 mai. M. *Roux* crut sentir le calcul à plusieurs reprises; M. *Boyer* dit qu'en effet il rencontrait quelque chose de résistant, mais il n'entendit pas ce bruit sec et bien distinct que produit le choc de l'instrument contre la pierre, et le diagnostic lui parut encore très-incertain.

Le 18 mai, le malade, demandant à être définitivement éclairé sur son état, est encore sondé. Cette fois enfin la présence du calcul est mise hors de doute.

Le 27 mai, après l'administration de deux lavemens donnés pour vider le rectum, M. *Boyer* pratiqua l'opération. La pierre fut saisie et amenée après la cinquième recherche ; elle était murale et

du volume d'une grosse cerise. A sa vue, on s'étonna qu'elle eût causé peu de douleurs, et qu'il eût été si difficile de la reconnaître.

Dans la journée, légère hémorrhagie qu'on abandonne à elle-même ; état satisfaisant dès les premiers jours.

Le 31 mai, aucune garde-robe n'ayant eu lieu depuis l'opération, prescription d'un lavement simple. Le malade continue d'aller bien pendant huit jours; mais, comme le lavement qu'on lui avait fait prendre n'avait produit aucune évacuation, il se lève dans la nuit du 9 au 10 juin, et, cherchant à rendre un paquet de matières fécales durcies, il n'y parvient qu'après d'énergiques efforts, dont une hémorrhagie est le résultat. Une partie du sang sort par la plaie, et y forme bientôt des caillots qui la bouchent; une autre s'accumule dans la vessie et la distend avec douleur. Bientôt cet organe excité se contracte, chasse de l'urine et du sang qui, en traversant l'urètre, causent de vives cuissons. Vers le matin l'hémorrhagie s'arrête d'elle-même; mais, au bout de quelques heures, le malade fait de vains efforts pour uriner; on est obligé de lui passer dans la vessie une sonde élastique, qui évacue une grande quantité d'urine teinte par le sang, et qui est laissée à demeure pendant deux jours. Cependant la plaie du périnée ne tarde pas à se rétrécir, moins d'urine la traverse, et l'accident passager du 10 n'est point un retard à la guérison. Clystères simples pour tenir le ventre libre. Le 17 juin, l'urine passe en totalité par la verge, et le malade sort presque guéri de sa plaie le 26.

Aussi effrayante pour les malades que l'hémorrhagie primitive, celle dont je parle offre un inconvénient de plus, c'est que l'appareil compressif dont elle exige l'emploi, étant appliqué plusieurs jours après l'opération, agit sur une plaie déjà enflammée, et cause les plus vives douleurs. A l'exception de la ligature, tous les moyens dont j'ai parlé dans l'article précédent ont été proposés pour la suspendre; mais ils ne sont guère plus puissans contre elle que contre

l'hémorrhagie primitive, et la compression est le seul moyen qui puisse y remédier d'une manière assurée.

Il faut, pour que cette compression soit bien faite, qu'elle réunisse deux conditions; 1.° qu'elle agisse sur toute la plaie; 2.° qu'elle laisse une communication entre la vessie et l'extérieur. La première de ces intentions n'étant pas remplie, il serait possible que la partie non comprimée de l'incision fût précisément celle qui fournit le sang; et si la seconde était négligée, il surviendrait rétention d'urine et de sang. Des bourdonnets pressés dans toute la longueur de la plaie, une canule dont l'une des extrémités se trouve dans la vessie, tandis que l'autre est ouverte à l'extérieur, atteignent facilement l'un et l'autre but.

La canule peut être en gomme élastique ou en argent; souvent, au lieu d'elle, on se sert d'une sonde de femme. Comme la surface polie du métal peut exposer cet instrument à glisser et à se déplacer, on l'entoure depuis ses yeux, qu'on laisse à découvert, jusqu'à son pavillon, d'une petite bande étroite appliquée en doloire.

Ensuite on prépare deux ou trois bourdonnets de charpie, qui aient chacun le volume du pouce et deux fois sa longueur, et qui soient liés à leur partie moyenne par un fil ciré résistant et long; des boulettes et des gâteaux de charpie, de petites compresses carrées et un bandage en T composent le reste de l'appareil.

Avant de procéder au tamponnement, on doit enlever les caillots qui obstruent la plaie, et qui quelquefois remplissent la vessie. Si ce dernier cas existe, on en est averti par la sensibilité, la dureté de l'hypogastre, et l'espèce de tumeur sphérique qu'on sent dans cette région. Cet état reconnu, le malade étant couché sur le bord de son lit et à peu près dans la position voulue pour l'opération de la taille, on introduit le doigt indicateur de la main droite dans la plaie; et, après avoir détaché et amené au-dehors le sang coagulé qu'elle renferme, on fait pénétrer ce doigt dans la vessie, dont on débouche l'orifice, tandis qu'avec la paume de la main gauche on appuie sur l'hypogastre. Le doigt retiré, cette pression de l'hypogastre est

continuée pour faciliter l'issue des caillots accumulés : il peut être nécessaire, afin d'obtenir leur complète expulsion, d'injecter dans la vessie un peu d'eau tiède. Je n'ai pas besoin de dire que toutes ces manœuvres doivent s'exécuter avec beaucoup de promptitude, puisque le sang coule et accroît à chaque instant le danger.

La sonde sera placée dans l'angle inférieur de la plaie, afin que son extrémité ait au sein de la vessie la position la plus déclive possible, et puisse conduire plus facilement l'urine au-dehors. Pendant qu'un aide la maintient dans cette position, le chirurgien trempe dans l'huile l'un des bourdonnets liés, et le porte avec des pinces à pansemens jusqu'à l'incision du col. Si ce premier ne lui semble pas remplir exactement cette ouverture, il en introduit un second de la même manière; alors, séparant les fils cirés qui en dépendent, il entasse dans leur écartement de petites boulettes de charpie, jusqu'à ce qu'elles viennent se montrer entre les bords de la plaie extérieure et les dépasser; il termine par nouer les fils avec force sur les tampons appliqués en dernier lieu. Des compresses carrées et un bandage en T soutiennent l'appareil.

On voit que les fils solides qui attachent les bourdonnets jouent un rôle principal dans cette compression. En effet, pendant qu'on les noue, ils tendent à ramener la charpie placée dans l'incision du col vers les tampons extérieurs, et réciproquement; mais ces deux efforts contraires ne pouvant avoir leur effet suivant l'axe de la plaie, le long duquel la charpie entassée résiste fortement, leur résultat se passe en entier sur la périphérie du canal que forme cette plaie, et par conséquent sur toute l'étendue de sa surface; aussi la compression est-elle forte, exacte et d'un effet assuré.

Si les caillots restés dans la vessie viennent à obstruer les yeux de la sonde et à produire une rétention d'urine, il faut introduire dans cet instrument un stylet d'argent ou de baleine, ou mieux encore y faire une injection d'eau tiède. Ordinairement ces moyens suffisent pour mettre fin à l'accident dont il s'agit.

Le moyen de compression employé à l'Hôtel-Dieu diffère un peu

de celui qui vient d'être décrit, quoique sa disposition soit fondée sur les mêmes principes. On prend une canule d'argent droite et du diamètre intérieur de trois à quatre lignes, garnie de deux anneaux à son pavillon, offrant à son autre extrémité, qui doit être placée dans la vessie, trois ouvertures, une directe et deux latérales ; au-dessous de ces dernières on fixe, par un fil solide, une compresse résistante, qui doit être ensuite rabattue vers le pavillon. Ainsi disposée, cette compresse représente une sorte de *chemise* qui enferme toute la canule, excepté son extrémité percée d'yeux, et forme une cavité conique ouverte, évasée du côté du pavillon, fermée du côté opposé par un cul-de-sac rétréci. C'est dans l'intérieur de cette cavité qu'on entassera les bourdonnets de charpie, après que la canule aura été placée convenablement dans la plaie. Le reste de l'appareil est appliqué comme dans l'autre manière de tamponner ; des liens passés dans les anneaux de la canule viennent s'attacher aux pièces transversales du bandage en T.

Tels sont les moyens les plus sûrs d'arrêter l'hémorrhagie. On peut seconder leur action de précautions hygiéniques particulières ; par exemple, entretenir un air frais autour du malade ; changer les pièces de son lit, si leur mollesse entretient et concentre autour de lui trop de chaleur ; lui recommander de tenir ses extrémités inférieures rapprochées, et de garder une immobilité parfaite ; enfin éloigner tout ce qui pourrait agiter trop vivement son moral. En outre, on est dans l'usage de prescrire une boisson délayante légèrement acidulée.

Si l'on rencontrait un de ces cas, heureusement assez rares, où le relâchement des solides est tel, que le sang coule malgré l'appareil compressif, on devrait faire des applications à la glace sur l'hypogastre et la partie interne des cuisses ; et ne serait-il pas permis, dans une circonstance aussi désespérée, de soumettre la plaie aux caustiques ou au cautère actuel ?

ARTICLE QUATRIÈME.

Péritonite.

J'arrive à l'accident le plus redoutable qui puisse survenir après l'opération de la taille, à celui qui le plus souvent trompe les efforts du chirurgien et la dernière espérance du malade; je veux dire l'inflammation du péritoine, celle du tissu cellulaire de l'excavation pelvienne et de la vessie.

A l'égard des circonstances qui disposent à ce grave accident, on observe que les jeunes sujets y sont beaucoup moins exposés que les adultes et les vieillards; aussi, dans l'enfance, les succès de l'opération sont-ils dans une proportion beaucoup plus favorable qu'à toute autre époque de la vie. Si les vieillards l'éprouvent plus facilement que les enfans, ils en sont plus à l'abri que les adultes, qui, dans la force de l'âge, et offrant une prédominance ordinaire du système sanguin, semblent réunir les conditions les plus propres au développement de cette phlegmasie.

Quand la péritonite survient, c'est le plus souvent à la suite d'une opération qui a offert des difficultés nombreuses. Ces difficultés, qui, considérées d'une manière générale, peuvent tenir à la forme ou à la situation particulière de la pierre; à sa fracture, à son gros volume, à l'existence simultanée de plusieurs calculs; enfin à leur adhérence avec les parois de la vessie, forment la cause déterminante la plus ordinaire de l'accident dont il s'agit. On conçoit sans peine que les tenettes promenées long-temps au sein de l'organe qui recélait la pierre, portées à diverses reprises dans sa cavité, retirées avec effort pour en extraire un calcul volumineux, doivent y laisser une excessive irritation, qui se propagera facilement de sa membrane interne à celle que lui fournit le péritoine.

Jusqu'ici le raisonnement suit, dans leur manière d'agir, les

causes de la phlegmasie. Mais comment se rendre compte de ces cas extraordinaires qui présentent tantôt les opérations les plus simples suivies de péritonite intense, tantôt des malades n'éprouvant pas cette suite funeste, quoiqu'ils aient passé par toutes les douleurs qu'entraînent une recherche laborieuse de la pierre et son extraction difficile? Les différences sans nombre de la sensibilité, suivant les individus, peuvent-elles expliquer ces anomalies singulières?

L'appareil compressif, dont une hémorrhagie aura nécessité l'application, est aussi très-capable, en irritant vivement le col de la vessie, d'augmenter la disposition à l'inflammation, et peut-être de la déterminer si elle n'existait pas.

L'invasion a lieu quelquefois le soir même du jour de l'opération, plus souvent le lendemain. Des douleurs d'abord sourdes se font sentir dans l'hypogastre; elles semblent partir de la vessie, et se répandent bientôt par irradiation dans le reste du ventre; des frissons saisissent de temps en temps le malade, son pouls s'accélère et sa peau devient chaude; il sent de la sécheresse à la bouche, une soif vive, quelques nausées. Pendant les quinze ou vingt premières heures, on voit persister ces symptômes, auxquels se joint un accroissement gradué des douleurs abdominales. Le troisième jour, l'inflammation est complètement développée : voici quel est alors l'état général : insomnie, agitation, face grippée, recouverte d'une sueur luisante; respiration accélérée, pouls fréquent, serré, petit, quelquefois intermittent; chaleur générale très-marquée; envies de vomir, et souvent vomissemens d'un liquide glaireux ou verdâtre; sensibilité de l'abdomen tellement vive, que la moindre pression, que de simples efforts pour expectorer, éternuer, tousser, changer de position; font pousser des cris au malade; tension des parois du ventre; ordinairement constipation.

Tous ces symptômes peuvent être assez intenses et marcher assez rapidement pour amener brusquement la mort avant la terminaison par suppuration; on trouve à l'ouverture du cadavre le péritoine

de toutes les parties qui avoisinent la vessie coloré en rouge brun, des adhérences établies entre les divers organes de l'excavation, des fosses iliaques, de la région sus-ombilicale, au moyen d'une légère exsudation blanchâtre, qu'on ne peut reconnaître qu'en séparant les surfaces adhérentes et les grattant avec le dos d'un scalpel.

Mais le plus ordinairement la mort n'a lieu qu'après la suppuration ; à l'époque où celle-ci survient, il y a quelques changemens dans les symptômes; les douleurs abdominales deviennent gravatives, des frissons irréguliers se font sentir, le pouls mollit et s'affaibli : on peut s'attendre dès-lors à une issue fatale. La décomposition des traits de la face, une sueur froide, le hoquet, le météorisme du ventre, annoncent la fin prochaine du malade; c'est ordinairement vers le quatrième jour qu'arrive ce triste dénouement.

L'examen cadavérique fait voir tous les désordres réunis dans la partie de cavité abdominale située au-dessous du mésocolon transverse ; là, les intestins, l'épiploon, sont adhérens entre eux, et tiennent aux parois du ventre par de fausses membranes épaisses d'une demi-ligne, blanches, pulpeuses, douées d'une faible ténacité; de sorte qu'il est difficile d'en enlever des plaques un peu larges sans les rompre. Dans les endroits que ces plaques laissent à découvert, le péritoine se montre lisse comme à l'ordinaire, et laisse apercevoir à travers sa trame diaphane l'injection très-prononcée du réseau capillaire sous-jacent. Souvent, dans le sillon longitudinal qui sépare deux portions intestinales collées l'une à l'autre, règne une bande prismatique de cette matière albumineuse, répondant par deux de ses faces à ces deux circonvolutions voisines, et par la troisième à la paroi antérieure du ventre ou à l'épiploon. Le liquide qu'a exhalé la membrane malade n'est jamais abondant; tantôt c'est une sérosité lactescente, tantôt c'est un véritable pus épais, jaunâtre et fétide; on le trouve accumulé dans les enfoncemens qui séparent le colon droit et gauche du bord postérieur du mésentère, et dans la

cavité que forme le péritoine en s'enfonçant dans le petit bassin, pour aller recouvrir la partie supérieure de la vessie et du rectum. Rarement la région sus-ombilicale et ses parties latérales offrent-elles des traces de suppuration.

La vessie est ordinairement noirâtre, racornie, épaissie dans toute l'étendue de ses parois; il n'est pas rare de voir des ulcérations à sa membrane interne. Assez souvent le tissu cellulaire qui l'environne sur ses côtés, en avant et en bas, est plein d'un pus blanc et consistant; on trouve aussi quelquefois celui des fosses iliaques dans le même état.

La résolution, cette fin si désirable de toutes les phlegmasies, est dans celle-ci fort rare, et n'est jamais due qu'aux efforts prompts et soutenus d'une médecine active; vainement se reposerait-on sur la nature du soin de la produire; si on laisse à l'inflammation le temps de prendre quelque intensité, le malade est mort; ici la nature le tue toujours, et l'art peut quelquefois le sauver.

A l'égard du diagnostic et du traitement, c'est sur l'état du ventre qu'on se guidera pour établir les bases de l'un et de l'autre; aussi le chirurgien doit-il diriger sur ce point toute son attention.

Dès le premier soir, il ne manquera pas d'exercer avec ménagement et douceur le palper de tout l'abdomen, et devra répéter cet examen de deux en deux heures; du moment où il excitera de la douleur par ces pressions modérées, où l'accélération du pouls, l'élévation de la chaleur, l'éclat des yeux, la sécheresse de la bouche, la soif, lui feront connaître les préludes d'une affection inflammatoire, il devra commencer à déployer ces ressources. Tirer du sang, telle est la plus pressante indication à remplir.

On a eu long-temps recours aux saignées générales; mais actuellement on ne les prescrirait que pour un adulte fortement sanguin et plein de vigueur; conduite qui d'ailleurs ne ferait pas négliger les moyens de désemplir localement les vaisseaux. Dans les cas ordinaires, on se borne à ces derniers; ce sont les sangsues qu'on emploie au nombre de quarante, soixante, en les disséminant sur

toute la surface du ventre, et spécialement sur l'hypogastre. A peine se sont-elles détachées, qu'on fait plonger le malade dans un bain tiède, où il doit rester aussi long-temps que possible, et dans lequel l'écoulement du sang continue. Ces deux moyens, ainsi combinés, peuvent être très-efficaces. J'ai entendu rapporter à M. *Boyer* et à M. *Roux* qu'ils avaient plusieurs fois dissipé de cette manière une douleur déjà intense, et les symptômes non équivoques d'une inflammation commençante. A la sortie du bain, des flanelles imprégnées d'eau de guimauve ou de graine de lin tiède, doivent être appliquées sur le ventre : on recommandera de les entretenir à la même température ; car leur refroidissement nuirait à leur action émolliente et pourrait l'empêcher. Des demi-lavemens faits avec les mêmes décoctions ont le double avantage d'être retenus avec facilité pendant un certain temps, et de former une espèce de fomentation intérieure.

Si quatre ou cinq heures après le premier bain il n'y a pas un soulagement marqué, on en prescrit un second. On revient également à l'emploi des sangsues, mais un peu plus tard, afin de ne pas trop prodiguer ces ressources. Il est rare qu'on ne soit pas conduit à la nécessité de cette seconde application ; une troisième peut être nécessaire. En un mot, la saignée locale est indiquée tant que le ventre n'a pas recouvré sa souplesse et son indolence ; les bains doivent être aussi continués. On seconde ces moyens par les boissons délayantes, adoucissantes, mucilagineuses, prises tièdes et à petites doses. M. *Deschamps* conseille, d'après *Ledran*, l'huile d'amandes douces, donnée à la dose de deux à trois onces plusieurs fois dans la journée. Ce liquide onctueux, qui agit comme émollient interne et comme doux laxatif, ne peut être qu'utile, et le sera surtout s'il y a constipation.

ARTICLE CINQUIEME.

Accidens vermineux.

L'affection que je vais examinér n'est pas, comme les précédentes, un effet direct de l'opération de la taille ; c'est une maladie qui, jusque là, n'ayant existé que comme complication secondaire, se trouve tout à coup exaspérée par le fait même de cette opération, au point de présenter des symptômes très-alarmans, et souvent mortels.

Les vers, qui constituent l'une des maladies les plus communes dans le jeune âge, affectent de préférence les enfans lymphatiques, mal nourris, logés dans des habitations humides, vivant dans les campagnes; et quelquefois les adultes soumis aux mêmes influences: aussi est-ce chez les calculeux qui réunissent ces diverses conditions, qu'on voit le plus souvent survenir les accidens vermineux. Ces derniers paraissent dépendre moins des manœuvres et des douleurs de l'opération que de la diète qu'il faut observer après elle. On peut en effet supposer, avec quelque vraisemblance, que les vers, qui puisaient les principes de leur nutrition dans les humeurs intestinales, ou dans les fluides alimentaires, réduits tout à coup à une moindre quantité de nourriture, doivent s'agiter et irriter vivement l'intérieur des intestins ; de là des symptômes nerveux ; de là l'augmentation des symptômes inflammatoires, s'il y avait commencement de péritonite.

Plusieurs raisons autorisent à croire que les choses se passent ainsi ; premièrement il est certain que les accidens ne paraissent pas immédiatement après l'opération, mais qu'ils se montrent le troisième ou quatrième jour après elle, c'est-à-dire lorsque la diète des jours précédens a pu notablement diminuer la quantité de substances alimentaires contenues dans les intestins. En second lieu, l'on a obtenu des effets satisfaisans d'une légère alimentation du malade dans

les cas où la complication avait été reconnue; enfin un grand nombre de taillés ont péri quand des douleurs causées par les vers, ayant été regardées comme inflammatoires, avaient conduit à insister sur le traitement antiphlogistique et sur une diète sévère. On ouvrait le cadavre, et l'on trouvait, non des traces d'inflammation, mais une quantité considérable de vers dans les intestins. J'appuie un peu sur ces considérations, parce qu'elles sont la source des préceptes donnés par les grands praticiens sur la manière de prévenir les dangers de la complication dont il s'agit.

C'est, comme je viens de l'annoncer, le troisième ou le quatrième jour que se développent les accidens vermineux. Un symptôme qui les devance et les accompagne assez constamment est la tristesse, l'humeur chagrine du malade. Le ventre est le siége d'un malaise qui approche de la douleur, quelquefois de douleurs pongitives, et en même temps il offre du gonflement; des spasmes irréguliers paraissent de temps à autre; puis il se manifeste des vomissemens et des déjections alvines qui expulsent des quantités variables de vers, de l'espèce de ceux qu'on nomme *ascarides-lombricoïdes*, ordinairement séparés les uns des autres, quelquefois pelotonnés et unis par des nœuds qui les enlacent. Les vomissemens, par leurs secousses répétées, déterminent des convulsions accompagnées de perte entière de connaissance, amènent l'épuisement, et peuvent tuer le malade en deux ou trois jours, et d'autant plus promptement que le sujet est plus jeune.

D'autres fois, à la suite de ces fréquentes évacuations, il survient un amaigrissement prompt et extrême, avec une petite fièvre : alors la maladie se prolonge. Si la mort a lieu, elle résulte d'une véritable consomption; mais, comme dans ce cas les premiers accidens ont épargné le malade, et qu'on a gagné du temps, on peut espérer de le sauver par des moyens appropriés.

D'après cet exposé, qui démontre la gravité des symptômes vermineux après la lithotomie, on conçoit combien il serait avantageux de pouvoir empêcher leur développement. Il faut donc s'efforcer

d'atteindre ce but. Si l'on a la certitude que le calculeux a rendu des vers, on doit profiter de cet indice, et continuer de le nourrir avant et même immédiatement après l'opération ; ce même régime sera celui que l'on prescrira pour tous les enfans de six ou douze ans, qui appartiennent à la classe ouvrière ou indigente, puisque, selon la remarque que nous avons faite plus haut, il est permis de soupçonner chez eux tous l'existence de vers intestinaux.

M. *Deschamps*, à qui l'on doit ce précepte, en conçut l'idée par la vue des accidens vermineux auxquels les jeunes taillés soumis à la diète étaient en proie dans les salles de MM. *Malouët* et *Dumangin*, et par la comparaison qu'il fit de ces faits malheureusement trop nombreux avec une observation rapportée par *Tolet*. Un homme d'environ vingt-quatre ans fut opéré par ce célèbre lithotomiste en l'année 1692 ; il était fort épuisé, et rendait des vers par la bouche et par l'anus. Après l'opération, comme il ne cessait de demander à manger, on crut pouvoir lui accorder des alimens ; on lui donna quelques cuillerées de vin, du pain et de la viande ; en un mot, on le nourrit comme s'il eût été en convalescence. Il guérit parfaitement.

On devra ne diminuer que légèrement la nourriture de l'enfant, lui donner, la veille de l'opération, trois à quatre soupes ; et l'on pourra, s'il se trouve bien le soir du jour où il a subi la taille, lui faire prendre une crème de riz légère. Le lendemain on lui en permettra plusieurs (1). « Ce traitement m'a si bien réussi, dit « M. *Deschamps*, que depuis nombre d'années à peine ai-je perdu « deux malades par cause vermineuse.

Ce célèbre praticien assistait, en 1791, à une opération de taille que faisait *Chopart*, sur un enfant qui avait rendu plusieurs vers avant l'opération. Quand celle-ci fut achevée, on se concerta sur le régime qu'il fallait prescrire ; M. *Deschamps* conseilla plusieurs crèmes de riz à donner le lendemain même ; quelques assistans furent

(1) *Deschamps*, Traité de la taille, t. 3, p. 32 et 352.

étonnés d'un tel avis, mais *Chopart* se rendit aux raisons sur lequel cet avis était appuyé,et eut la satisfaction de voir guérir son malade.

En 1812, M. *Roux*, revenant d'Espagne, passa à Pau, et y pratiqua la lithotomie sur un enfant de treize à quatorze ans. Pendant l'opération, qui fut d'ailleurs terminée promptement, il y eut expulsion par l'anus d'une grande quantité de vers. M. *Roux* nourrit le malade le jour même, et repartit le lendemain, en conseillant au chirurgien qui se chargeait du reste de la cure de continuer un régime nourrissant. Le malade a guéri sans obstacle.

Mais je suppose que la complication vermineuse ignorée chez un adulte ne manifeste son existence qu'après l'opération. On doit alors, s'il n'y a point coexistence de péritonite, combattre les accidens par l'emploi des antispasmodiques, auxquels on unit de légers purgatifs, tels que l'huile douce de ricin, le calomélas. La première peut être administrée à la dose de deux cuillerées à bouche, de trois en trois heures. Les enfans n'en doivent prendre qu'une cuillerée. La péritonite est-elle jointe aux symptômes vermineux, elle réclame la première des soins pressans. Mais, à dire vrai, un cas pareil laisse bien peu d'espoir, et l'art devient d'une déplorable impuissance alors que la nature est elle-même vaincue sous l'effort de deux affections, déjà si redoutables quand elles sont séparées. Je vais offrir un exemple de cette dangereuse association; elle a été observée sur un jeune homme de vingt ans, taillé par M. *Roux*, à l'hôpital de la Charité, malade que j'ai cité au commencement de cette thèse, pour fournir une preuve des douleurs insupportables causées quelquefois par la pierre; elles étaient tellement vives chez lui, qu'il ne souhaitait rien tant que l'opération. On satisfit son impatience le 1er avril 1817, et on le débarrassa de son calcul, qui fut brisé, et dont l'extraction complète nécessita quatre introductions des tenettes. Après l'opération, prescription d'une mixture antispasmodique et de la tisane de graine de lin émulsionnée. La première journée se passa dans un calme satisfaisant. Le 2 avril, bonne disposition morale; le malade avait passé la nuit sans dormir, mais il

fallait attribuer, disait-il, au vif plaisir qu'il éprouvait ce défaut de sommeil. Indolence absolue de l'abdomen.

Dans la nuit, sommeil de quelques heures ; chaleur générale telle, que le malade se fit ôter une couverture.

3 avril. Il fallait une forte pression du ventre pour causer un peu de douleur ; on remarquait de l'accélération dans le pouls, de la soif, cette chaleur intense déjà notée ; symptômes qu'on pouvait rapporter à la fièvre traumatique. Jusque-là il n'y avait pas de symptômes vraiment inquiétans ; mais combien ne fut-on pas étonné quand on entendit le malade répondre à M. *Boyer*, qui l'interrogeait sur son état : *je suis très-faible, je ne passerai pas la nuit!* D'où pouvait venir un changement aussi brusque dans l'état moral de ce jeune homme, lui que nous avions vu la veille occupé des idées les plus riantes, abandonner son âme aux douces impressions de la joie et de l'espérance ? Cette disposition d'esprit parut être un signe de mauvais augure.

4 avril. Douleur et tension légères de l'abdomen, ajoutées aux symptômes de la veille. Dès-lors l'invasion des accidens inflammatoires devenait presque assurée. Cinquante sangsues sur le ventre ; un bain ; tisane de lin émulsionnée ; un lavement avec deux onces d'huile de camomille donné dans l'après-midi fit rendre par l'anus dix vers lombrics longs de trois à quatre pouces ; deux autres furent expulsés par le vomissement, au milieu d'un liquide épais et jaunâtre, mélange de bile et de mucosités.

5 avril. Le pouls était devenu faible ; accablement, réponses brèves, refus du malade de se se laisser palper l'abdomen. (Trente sangsues et fomentations émollientes sur cette région ; lavement anodin.) Le soir, vomissement de plusieurs vers, qui fut accompagné de mouvemens spasmodiques généraux.

6 et 7 avril. Progrès des symptômes alarmans. Le malade, abattu et désespéré, ne voulait plus répondre aux questions qu'on lui faisait. Face décomposée, langue sèche noirâtre, pouls petit et fréquent, abdomen très-sensible, faiblesse extrême. A neuf heures du

matin, vomissement de bile, dans laquelle nageaient plusieurs vers. Mort à sept heures du soir.

Examen du cadavre. Un sérosité lactescente épanchée dans le péritoine baignait les viscères abdominaux, et particulièrement les intestins grêles et le colon iliaque, que de fausses membranes faisaient adhérer entre eux par leurs faces correspondantes. Plusieurs vers étaient restés en différens points du conduit alimentaire, et l'on en trouva dans l'estomac trois remarquables par leur longueur. La vessie avait les parois plus épaisses et sa cavité plus petite que dans l'état naturel.

Le malade avait été presque exempt de ces mouvemens convulsifs que j'ai dit se manifester dans le cours des accidens vermineux; mais il faut observer qu'il n'était plus dans l'enfance, considération qui peut expliquer pourquoi ce symptôme, ordinairement assez constant dans les jeunes sujets, fut peu marqué chez lui.

ARTICLE SIXIÈME.

Ecchymose et inflammation du scrotum; gangrène de la membrane muqueuse vésicales; escharre au col de la vessie et de la prostate; abcès au voisinage de la plaie.

Je réunis dans le même article ces divers accidens, parce qu'ils ont plusieurs caractères communs; 1.° ils étaient fréquens dans la taille par le grand appareil; 2.° ils sont assez rares dans la méthode latéralisée actuelle; 3.° la plupart néanmoins paraissent après elle, lorsque l'opération a été laborieuse, ou qu'une hémorrhagie a fait recourir à la compression; c'est surtout cette analogie de causes qui m'engage à les rapprocher les uns des autres.

En parlant des inconvéniens du grand appareil, M. *Deschamps* s'exprime ainsi : « Si l'on fait attention à la longueur et à la petitesse du passage que doivent parcourir les tenettes pour entrer

« dans la vessie, aux efforts que l'on fait pour dilater ce conduit... ;
« si l'on a égard à la grosseur des pierres, on ne sera pas étonné
« que cette dilatation énorme, forcée et toujours précipitée, ait
« occasionné la plupart du temps les accidens les plus graves; il de-
« vait en effet en résulter des douleurs vives et longues, des con-
« tusions, des meurtrissures, des déchiremens.... ; de là les inflam-
« mations, les abcès, la gangrène et les infiltrations dans le tissu
« cellulaire voisin du col de la vessie, et tous les accidens suite de
« cette infiltration. »

A. Quant à l'ecchymose du scrotum, elle n'avait rien de commun avec la dilatation forcée du col. Voici comment elle arrivait. Obligés de ne pas trop s'approcher du rectum en bas, les Marianistes commençaient leur incision supérieurement, à la racine même des bourses, pendant qu'un aide relevait ces parties; la peau de celles-ci revenant à sa place naturelle après l'opération, l'angle supérieur de l'incision cutanée descendait et cachait celui de la division faite à l'urètre. Par ce défaut de rapport, le sang s'infiltrait dans le tissu cellulaire du scrotum, et produisait l'ecchymose; l'urine y pouvait également pénétrer et causer une inflammation gangréneuse.

Semblable résultat arriverait, si, dans la méthode journellement suivie, on exécutait d'une manière vicieuse l'incision de la peau et celle de l'urètre; voilà pourquoi les meilleurs opérateurs décident qu'il faut commencer la première à douze ou quinze lignes au-devant de l'anus, et la seconde environ à dix lignes de cette ouverture. En outre, on donne le précepte de tendre en bas la peau du périnée pendant le premier trait de bistouri, afin que cette membrane remontant ensuite, élève l'angle supérieur de son incision au-dessus de la plaie de l'urètre. A l'aide de cette précaution, l'ecchymose du scrotum est prévenue. J'ai donc peu de choses à dire d'un accident qui ne résulterait que d'une omission des préceptes les plus simples, et qui pour cette raison doit arriver rarement.

S'il avait lieu, ce serait peu de temps après l'opération, le lendemain ou le surlendemain du jour où elle a été faite, qu'on s'en apercevrait ; facile à reconnaître à la couleur violacée des bourses, il exigerait qu'on les enveloppât de linges trempés dans l'alcohol camphré étendu d'eau, ou dans tout autre liquide spiritueux. Probablement la résolution se ferait sous l'influence de ces moyens.

Mais je suppose que beaucoup de sang se soit infiltré, et qu'il y ait gonflement du scrotum ; que même l'urine ait participé à l'infiltration : alors on aperçoit les premiers symptômes d'une inflammation qui doit inévitablement se terminer par suppuration ou par gangrène. La tuméfaction luisante et brune de la peau du scrotum, sa sensibilité, instruiront du danger qui menace, et la conduite à tenir sera de faire des incisions, soit dans les endroits les plus déclives, soit dans ceux qui présentent le plus de gonflement, et cela pour donner de suite une issue aux liquides infiltrés, et préparer une voie aux lambeaux celluleux qui seront frappés de mort. Lorsque ces précautions n'ont pas été prises, et qu'on arrive au moment où l'empâtement du scrotum, les douleurs pulsatives qui s'y font sentir, et la fièvre, annoncent que le pus et les escharres sont formés, on agit de même. Chacune de ces incisions doit être pansée avec une petite mèche de charpie enduite de digestif, et tout le scrotum est couvert d'applications antiseptiques, telle que la décoction de quinquina animée par l'alcohol camphré. En même temps on donne à l'intérieur des boissons toniques et acidulées, la limonade vineuse, par exemple. A la chute des escharres, on en revient aux pansemens simples, avec le cérat ou la charpie sèche.

Quelquefois les bourses, étant trop lâches, descendent jusqu'à la plaie du périnée, et il arrive que la peau de leur partie postérieure, en contact avec le pus et l'urine, s'enflamme. Cet accident, que l'on préviendrait par l'usage d'un suspensoire, est facile à reconnaître, et requiert l'emploi des émolliens locaux.

B. J'ai dit, en parlant de l'autopsie cadavérique après la péritonite, que souvent la vessie se présentait brune, coriace, épaissie de toutes parts; que quelquefois on remarquait des ulcérations sur sa membrane muqueuse : ces diverses altérations sont les traces d'un état inflammatoire dont elle était le siége, et dont les symptômes, confondus avec ceux de la phlegmasie abdominale, ont trouvé leur description à l'article *péritonite*; je n'y reviendrai donc pas.

Quand cette inflammation de la vessie existe isolée, elle a le temps de parcourir ses périodes, et peut entraîner une terminaison qui mérite de fixer l'attention; c'est la gangrène, accident assez rare, qui se borne à la membrane muqueuse de cet organe, sans intéresser ses autres tuniques.

Les recueils des auteurs contiennent si peu d'exemples de cette affection secondaire, qu'en voulant en donner une description générale, on pourrait risquer d'offrir plutôt des suppositions que le résultat des faits; je me borne à présenter une observation tirée de l'ouvrage de M. *Deschamps*, observation très-curieuse sous plusieurs rapports. Comme il serait trop long de la transcrire ici, en voici les particularités les plus remarquables. Une disposition singulière de la partie inférieure du rectum obligea de tailler le malade au côté droit du périnée, d'apporter beaucoup de prudence dans l'incision du col, et de la faire moins étendue qu'elle ne doit être lors des cas ordinaires; la voie des tenettes ayant été préparée, autant par dilatation que par incision, on peut supposer que l'opération fut faite par une méthode mixte entre celle du grand appareil et celle de l'appareil latéralisé. Cette dilatation, toute ménagée qu'elle fût, et les efforts que nécessita l'extraction du calcul par une ouverture étroite, dûrent très-probablement entraîner quelque déchirement des parties.

L'opéré, secouru convenablement pendant les premiers jours, allait fort bien le sixième; mais, à dater de cette époque, sa position changea; il s'affaiblit, perdit l'appétit, ses urines prirent

une odeur fétide. Cet état dura environ vingt jours, au bout desquels on s'aperçut, en nettoyant la plaie, qu'un lambeau membraneux sortait entre ses bords. Il fut lavé, examiné, et reconnu pour une partie de la membrane muqueuse vésicale ; *sa surface pouvait être évaluée à une superficie de cinq pouces et demi.* Quelques autres débris s'étaient échappés les jours précédens par la plaie et par l'urètre. On fit dans l'organe des injections détersives et toniques, et la guérison, qui fut encore entravée par des symptômes scorbutiques, eut enfin lieu deux mois et demi après l'opération.

Un accident pareil pourrait être soupçonné par l'odeur fétide des liquides émanés de la vessie, par la faiblesse du malade et l'état misérable du pouls. A la vue des lambeaux membraneux échappés par la plaie, on ne pourrait plus douter de son caractère. Il serait alors convenable d'administrer les stimulans, les toniques à l'intérieur, et de faire dans la vessie des injections avec des liquides aromatiques, telles que les décoctions de sauge ou de romarin. Après l'exfoliation de la membrane, il suffirait de laver l'intérieur de ce viscère avec une simple décoction de guimauve ou de fleur de sureau.

C. Lorsque l'extraction laborieuse d'un calcul volumineux, ou la compression nécessitée par le danger pressant d'une hémorrhagie ont violemment irrité et enflammé la plaie, il est possible que la gangrène survienne consécutivement, et s'empare du col de la vessie et de la prostate. L'affection est légère, si les escharres sont superficielles ; mais elle devient très-grave quand la mortification est étendue et profonde : alors les jours du malade sont fortement menacés. Voici à ce sujet une observation intéressante rapportée par *Saviard.*

Un individu attaqué de la pierre fut taillé par un chirurgien, qui ne put la lui tirer malgré deux recherches laborieuses : reporté dans son lit, il ne tarda pas à éprouver des accidens redoutables, tels que vomissemens, tension du bas-ventre, gangrène de la

plaie, et parut être dans un état tellement désespéré, qu'on ne lui accordait pas quarante-huit heures d'existence. Néanmoins il échappa à ce danger imminent, et au bout de quinze jours, *Saviard* jugea à propos de mettre fin, s'il était possible, à l'opération qui avait été laissée incomplète. Plus heureux que le premier chirurgien, et s'aidant d'une incision convenable, il tira de la vessie du malade une grosse pierre. La guérison fut longue, à cause de la perte de substance qu'avait entraînée la gangrène ; heureusement le retour d'un embonpoint favorable empêcha les suites fâcheuses dont un tel délabrement pouvait être cause.

Ce malade eut double bonheur, car il ne succomba pas à des accidens qui paraissaient devoir l'entraîner, et en outre il guérit sans infirmité. Il est croyable que les individus qui se trouveraient dans une telle position, s'ils échappaient à la mort, ne manqueraient pas d'être affectés de fistule urinaire, ou d'incontinence d'urine. Des escharres étendues manifesteraient leur existence par l'odeur de la plaie, et par l'état général de débilité où se trouverait plongé le malade. Un traitement semblable à celui que demande la gangrène de la membrane muqueuse vésicale serait applicable dans ce cas.

D. Pendant le passage d'une pierre grosse et inégale, le tissu cellulaire interposé entre le rectum et la prostate éprouve un froissement, une meurtrissure qui déterminent quelquefois son inflammation phlegmoneuse. Une autre cause peut entraîner même résultat : c'est l'enfoncement de la plaie dans un de ses points, le long de son angle inférieur. Cet enfoncement, effet d'une incision qui a pénétré trop profondément dans les graisses placées autour du rectum, retenant toujours quelques gouttes d'urine, les dispose à s'infiltrer dans le tissu cellulaire sous-jacent; et ce dernier, ne pouvant supporter la présence d'un liquide aussi irritant, s'enflamme et suppure.

Voici quelle est la marche de la maladie : du quatrième au

sixième jour, des douleurs profondes se font sentir dans la plaie, le malade a des frissons et une fièvre qui ne cesse pas; bientôt l'intérieur de cette plaie devient sensible au toucher, ses bords se boursoufflent et s'engorgent. Si la collection de pus est considérable, elle comprime la plaie, le col de la vessie; alors l'urine est retenue, et ajoute des douleurs très-vives aux douleues plus supportables de l'abcès; enfin ce dernier s'ouvre spontanément à une époque variable, et les accidens cessent.

Le boursoufflement des lèvres de la plaie, leur sensibilité à la pression, des douleurs sourdes, pulsatives, la fièvre qui se soutient, sont les indices de cet accident, qui pourrait être fâcheux chez un sujet maigre, en ce qu'il l'exposerait presque inévitablement à conserver une fistule urinaire.

Avant l'ouverture de l'abcès, on peut négliger les applications locales, à moins que les douleurs ne soient très-vives. Dans ce dernier cas, il faut couvrir le périnée d'un cataplasme émollient, après avoir mis une canule qui se rende par la plaie jusqu'à la vessie, et qui dépasse au-dehors les pièces d'appareil. Cette précaution a pour but d'empêcher le séjour de l'urine sur le cataplasme, et dans les linges qui le soutiennent. Qu'une rétention d'urine survienne, on a le choix de sonder par l'urètre, ou d'introduire une canule dans la plaie. Cette dernière paraît d'un emploi plus avantageux; on la fixe par des liens qui vont se rendre aux pièces transversales d'un bandage en T.

M. *Deschamps* recommande d'abandonner l'ouverture de l'abcès à la nature. Ce conseil paraît très-sage, car on risquerait, en portant témérairement le bistouri dans cette plaie, où les regards ne peuvent guider sa marche, de blesser le rectum ou le bas-fond de la vessie; et d'ailleurs, quand on n'aurait pas cette crainte, le siége du pus serait encore trop incertain pour qu'on pût espérer de tomber précisément sur le lieu qu'il occupe. On attend donc; et, après l'ouverture spontanée, il convient de faire des injections détersives dans le foyer, afin de hâter le dégorgement de ses parois.

Si cependant la tumeur était superficielle, on l'ouvrirait dès qu'elle présenterait de la fluctuation.

Quelquefois la marche de l'inflammation est prompte, l'abcès se forme rapidement, et à son ouverture laisse échapper un pus très-fétide mêlé de lambeaux cellulaires mortifiés. A ces caractères, il est facile de reconnaître un dépôt gangréneux. Les applications et les injections antiseptiques comme moyens locaux, les toniques à l'intérieur, sont employés dans cette circonstance.

Pouteau admet que l'irritation de la prostate, dépendant de l'opération, peut se transmettre par les canaux éjaculateurs aux testicules, et produire l'engorgement de l'un d'eux. Mais, au rapport de cet auteur lui-même, cet accident doit être très-rare; MM. *Deschamps* et *Roux* ne l'ont jamais observé. Je me bornerai donc à dire qu'on le reconnaîtrait aux signes ordinaires de l'inflammation du testicule, tels que les présente l'affection appelée improprement *chaude-pisse tombée dans les bourses*, et que les moyens antiphlogistiques seraient ceux qu'il conviendrait d'employer.

ARTICLE SEPTIÈME.

Fistules urinaires.

Lorsque, après le temps ordinairement nécessaire à l'entière guérison d'un taillé, les urines n'ont pas repris le seul cours qu'elles doivent avoir, et qu'elles filtrent, soit par un conduit étroit à travers la cicatrice du périnée, soit par une ouverture de communication de la vessie dans le rectum, on dit qu'il existe fistule urinaire, et cette affection est appelée, suivant l'un ou l'autre cas, *fistule au périnée*, *fistule recto-vésicale*; deux variétés entre lesquelles il existe beaucoup de différences sous le rapport des causes et des symptômes.

A. La première peut dépendre, 1.° de l'écartement forcé que la plaie du col de la vessie a subi par le séjour d'un appareil com-

pressif, 2.° de la suppuration et des pertes de substances arrivées à cette ouverture et à la prostate; 3.° d'un abcès qui a détruit les graisses voisines, en sorte que le rapprochement mutuel des côtés de la plaie ne peut avoir lieu; 4.° de la maigreur du sujet, laquelle est une circonstance non moins défavorable à ce rapprochement; 5.° de la flaccidité et de l'inertie des chairs, effets d'un état de cacochymie général, et conditions ordinairement nuisibles à la guérison des plaies; 6.° d'un fragment de pierre, ou d'une pierre entière située dans la plaie du col, ou non loin d'elle, et s'opposant à l'adhésion réciproque de ses bords; 7.° enfin, s'il faut en croire *Ledran*, d'un rétrécissement de l'urètre antérieur à l'opération. Le raisonnement indique en effet, pour ce dernier cas, que l'urine, trouvant plus de facilité à traverser la plaie, coulera par cette voie tant que le conduit naturel restera privé de ses dimensions ordinaires.

Dans les cas simples, c'est du seizième au vingtième jour après l'opération que l'urine abandonne entièrement la plaie pour revenir à son premier cours. Cela arrive par le rapprochement des lèvres de l'incision intérieure, et par leur consolidation exacte, double résultat qui s'effectue sans obstacle, quand toutes les circonstances sont favorables. Admettons, au contraire, que le malade se trouve soumis à l'une des causes qui viennent d'être énumérées, alors ces deux effets ne peuvent avoir lieu; une ouverture plus ou moins large se conserve au col ou près du col de la vessie à l'origine de l'urètre, et une partie des urines continue d'enfiler la voie insolite que leur a procurée l'opération. Cet écoulement, qui peut être continu, est plus ordinairement suspendu dans l'intervalle des excrétions par l'urètre. Tantôt il est peu considérable, et se fait seulement par une filtration lente; ce qui a pour cause l'étroitesse du trajet; tantôt, la fistule étant large, il sort beaucoup d'urine par son orifice extérieur; mais ce cas est plus rare. Quelquefois une incontinence d'urine existe en même temps; j'ai observé cette complication chez deux malades bien malheureux, puisqu'en outre l'un et l'autre éprouvait pour la seconde fois les sym-

ptômes de la pierre. Je ferai connaître leur observation plus tard.

Le diagnostic est si facile à établir sur la comparaison des circonstances antérieures avec l'état actuel, que je n'y insisterai pas. Quant au prognostic, on prévoit qu'il doit différer suivant l'époque de la maladie et le caractère de ses causes. Aux vingt-quatrième, trentième, trente-sixième jour, un suintement par la plaie peut être encore regardé comme un simple retard dans la guérison, et dépendre seulement de la maigreur que les accidens divers ont entraînée. Mais deux ou trois mois se sont-ils écoulés, on a droit de craindre qu'il ne soit entretenu par une perte de substance considérable au col, ou par le vide qu'un abcès a laissé dans les environs de cette ouverture; et les chances de guérison deviennent plus incertaines, par la difficulté de remédier à ces désordres. On doit porter un jugement analogue quand il existe un état de langueur général, l'art réussissant toujours beaucoup moins à fortifier qu'à affaiblir. Ajoutez à ces causes que, plus on s'éloigne du temps de l'opération, plus les conditions du trajet fistuleux deviennent propres à perpétuer son existence : ainsi, par l'effet de l'habitude, le passage de l'urine s'y exécute sans aucune incommodité, et comme une fonction naturelle; des callosités se développent dans ses parois, et ces dernières se revêtent d'une espèce de membrane muqueuse accidentelle, analogue aux véritables sous quelques rapports, en ayant l'apparence grenue, veloutée, rougeâtre, et versant comme elle une humeur qui la mouille continuellement. Enfin la guérison devient très-difficile, quand la maladie date de sept, huit mois, et plus.

Le traitement est fondé sur deux indications principales, qui sont, 1.° de réparer les pertes de substance, de combler les vides en ramenant un embonpoint convenable; 2.° de détourner l'urine du trajet fistuleux. Cette dernière condition est peut-être moins indispensable que l'autre; car elle seule ne réussirait pas à guérir un individu maigre, cacochyme, tandis que le retour de l'embonpoint peut conduire à ce résultat sans le secours de la sonde

Voici à ce sujet une observation tirée de la thèse de M. *Castera*, sur les accidens de la taille.

« Un curé âgé d'environ cinquante ans, d'un certain embon-« point, fut taillé par M. le professeur *Boyer*. Pendant la gué-« rison, l'embonpoint diminua un peu. Cinquante jours après l'opé-« ration, l'urine ne passait pas entièrement par la verge. Dès-lors de « l'inquiétude, et la crainte d'une fistule urinaire; cette affection « morale augmenta considérablement la maigreur, et la fistule « existait encore quatre mois après. Le malade consulta son opéra-« teur, qui lui assura une guérison radicale, s'il reprenait l'em-« bonpoint qu'il avait avant d'être taillé. Tranquillisé par cette ré-« ponse, le curé se nourrit de bons alimens et se livra à un exercice « modéré; l'embonpoint revint à mesure, et l'urine commença à « couler en moindre quantité par la plaie. Cet état d'amélioration « changea son moral, et lui inspira du courage et de la confiance; « plus d'inquiétudes ni de craintes; le malade reprit sa santé ordi-« naire, et la fistule disparut complètement. »

Le malade, pour acquérir de l'embonpoint, doit faire usage d'alimens choisis, de ceux qui sont riches en matières nutritives; tels que les viandes rôties des animaux adultes, les fécules analeptiques; il soutiendra l'action de l'estomac au moyen de liqueurs toniques, prises avec modération, comme un vin vieux et alcoholique, le café à l'eau, etc. . . A ces moyens il joindra un exercice régulier qui lui fasse changer d'air, et donne de l'action à ses muscles sans trop les fatiguer; il s'interdira tout travail trop soutenu de corps et d'esprit; et libre, s'il est possible, de l'inquiétude que causent les affaires, il s'éloignera d'elles en allant chercher les distractions et les délassemens de la campagne. Tous ces moyens tendront à établir un heureux équilibre dans les fonctions, à monter les forces digestives au ton le plus désirable; et comme la nutrition en dépend d'une manière directe, plus de graisse sera déposée dans les mailles du tissu cellulaire; elle les écartera, remplira les vides, et, ramenant à leur rencontre mutuelle les bords de l'ulcère inté-

rieur, les forcera de se réunir. Dès-lors l'urine ne pourra plus couler que par les voies naturelles, et le trajet fistuleux se guérira.

Malheureusement il n'y a que les gens riches qui puissent exactement suivre le régime analeptique et fortifiant, capable d'amener ce résultat ; ici le défaut de fortune est la condition la plus défavorable à l'état des malades ; aussi combien en voit-on qui sont condamnés à garder long-temps, et peut-être toujours, leur déplorable infirmité !

Détourner les urines du trajet fistuleux, telle est la seconde indication qui se présente. On la remplit au moyen d'une sonde élastique qu'on laisse à demeure dans l'urètre, et qui ne doit être ni trop grosse, ni trop petite ; car, dans le premier cas, elle ferait l'office de corps dilatant, et nuirait au rapprochement des bords de l'ulcère intérieur ; dans le second, l'urine trouverait entre la surface et le canal un espace qui la conduirait encore à la fistule. Les sondes des n.os 7 ou 8 sont celles dont on doit se servir ; on recommande au malade d'en déboucher le pavillon toutes les deux ou trois heures, pour qu'il n'arrive pas que la vessie, réagissant par l'effet de sa distension, chasse l'urine dans le trajet fistuleux. Obligé par ces diverses précautions de n'enfiler que le canal de la sonde, ce fluide n'apporte plus d'obstacle à la consolidation de la fistule, dont les callosités disparaissent bientôt après par résolution. On sait que ces callosités, regardées par les anciens comme la circonstance qui entretenait la maladie, en sont simplement l'effet, et n'exigent pas qu'on ait recours aux escharrotiques, à l'excision, qu'ils recommandaient.

Si le malade est dans un état d'affaiblissement, qui accuse un vice d'action de la part des solides, il faut prescrire, outre le régime nourrissant indiqué ci-dessus, l'usage intérieur des moyens stimulans et toniques, pris dans la classe des végétaux antiscorbutiques et des amers ; dans celles des aromatiques et des astringens, ou choisis parmi les ferrugineux.

Une parcelle de calcul, engagée près de la plaie du col, serait reconnue, à l'aide d'un stylet porté dans la fistule, et retirée avec des pinces à pansemens ou avec une petite curette.

Un chirurgien qui pratique la lithotomie, ne peut manquer de savoir si l'urètre de son malade est libre ou rétréci; le cathétérisme a dû l'en instruire. Dans le cas de rétrécissement, il peut s'attendre à la formation d'une fistule, et serait répréhensible de ne pas chercher à la prévenir. Les sondes dilatantes, employées du moment où l'on n'a plus à redouter les premiers accidens, procureront cet avantage; elles seront le seul moyen curatif, si la fistule existe.

B. *Fistule recto-vésicale.* Il n'est presque aucun temps de la lithotomie dans lequel le rectum ne puisse être lésé. Quand cet accident a lieu, il en résulte souvent une fistule recto-vésicale, quelquefois une simple fistule à l'anus. Rappelons en quelques mots les rapports de cet intestin avec la vessie, la prostate et l'urètre.

Au niveau de l'angle inférieur de son mésentère, le rectum se voit abandonné par le péritoine, et change sa direction, primitivement oblique en bas et en arrière, pour devenir à peu près vertical. Alors, plongeant dans le tissu cellulaire lâche du bassin, il répond par sa région antérieure aux conduits déférens, aux vésicules séminales, et dans l'intervalle triangulaire que ces deux réservoirs laissent entre eux au bas-fond de la vessie, dont le sépare un tissu cellulaire abondant. Plus bas, il est en rapport avec la prostate, qui, par sa face supérieure, embrasse le col de la vessie et le commencement de l'urètre. Si l'on mesure en cet endroit la distance de ces parties au rectum, on voit que leurs cavités respectives sont plus éloignées là où la prostate est plus épaisse, plus rapprochée, là où elle est plus mince. Ainsi la distance est de dix à douze lignes à la base de cette glande, et de cinq ou six à sa pointe. Il n'existe donc vers celle-ci qu'une très-faible épaisseur de parties entre la cavité du col de la vessie et celle du rectum. Mais

bientôt l'urètre change brusquement de direction pour venir se placer au-devant de la symphyse du pubis, et s'éloigne de l'intestin. Dès-lors plus l'un et l'autre approchent du périnée, plus leur écartement augmente; en sorte que l'anus se trouve séparé du bulbe urétral par la distance d'environ un pouce un quart, un pouce et demi.

On voit, d'après l'énoncé de ces rapports, que le rectum serait inévitablement blessé vers la pointe de la prostate, si l'incision profonde, partie du col de la vessie, était dirigée et agrandie verticalement en bas. Aussi ne peut-on croire que, dans le grand appareil, où le couteau marchait parallèlement au raphé du périnée, le *coup de maître* de *Maréchal* ouvrît le col de la vessie. Pour parvenir jusqu'à ce col, l'instrument aurait dû léser auparavant l'intestin sur sa route. Mais cette blessure était rare, et c'est une preuve que, dans cette manière d'opérer, on restait fort en-deçà de la partie qu'on prétendait intéresser.

Dans l'appareil latéralisé, la coupe intérieure, au lieu d'être faite au milieu de l'espace périnéal, doit marcher dans une direction oblique, qui l'éloigne de plus en plus de la ligne moyenne, et la rapproche de la tubérosité de l'ischion. De cette manière, le rectum, dont on côtoie le côté gauche, est, pour l'ordinaire, respecté par les instrumens. S'il ne l'est pas toujours, si sa lésion a lieu quelquefois, il faut en accuser tantôt des circonstances imprévues, tantôt l'omission des préceptes établis.

Cette lésion pourra dépendre de l'incision extérieure, quand le chirurgien aura terminé celle-ci trop loin de la tubérosité de l'ischion, et trop près de l'anus, dans l'intention d'éviter l'artère superficielle du périnée. Dans ce cas, l'intestin sera blessé très-près de son extrémité inférieure. Si, pendant l'incision de la partie membraneuse de l'urètre, l'opérateur, relevant le manche de son bistouri pour en abaisser la pointe et faire une ouverture suffisante au canal, pousse trop loin ce mouvement, il avance nécessairement vers le sommet de la prostate, et court risque de pénétrer

dans la cavité du rectum, très-rapprochée, dans ce point, de celle du col de la vessie. Même résultat peut arriver lorsque la courbure du cathéter, au lieu d'avoir été relevée sous la symphyse des pubis, a été poussée par l'aide en bas vers le rectum.

Dans le coup de maître de *Maréchal*, l'accident dont il s'agit a eu lieu quelquefois, et cela lorsque la pointe du lithotome avait été enfoncée trop avant. Ici, comme dans les cas précédens, la lésion devait être vers la pointe de la prostate.

Mais si le rectum est blessé, c'est le plus souvent durant l'incision profonde. Qu'on le suppose distendu par des matières fécales dont on a négligé de le débarrasser, qu'on admette une incision trop rapprochée de lui, dans le dessein d'éviter les artères principales; une marche vicieuse du lithotome, qui a été retiré dans une direction oblique telle, que son manche était trop élevé et l'extrémité de sa lame trop abaissée; enfin une disposition particulière du rectum, dont la région antérieure couvre les parties latérales de la prostate, disposition qui s'est offerte quatre fois à M. *Deschamps*, on verra dans tous ces cas le rectum venir en quelque sorte se présenter à l'instrument, ou bien le lithotome s'approcher trop du rectum, et de toute manière la lésion devenir très-possible.

Chez les enfans, la vessie se trouvant située plus haut et plus antérieurement que chez les adultes, l'emploi du lithotome demande pour eux une attention particulière, qui consiste, suivant M. le professeur *Dupuytren*, à ramener cet instrument parallèlement à une ligne tirée de l'ombilic à la tubérosité de l'ischion gauche. Nul doute, si on lui imprimait une marche horizontale, qu'il ne vînt trop près du rectum, et ne l'ouvrît dans la plupart des cas.

Quand l'extraction du calcul a demandé de longs efforts, il peut survenir des escharres qui s'étendent du fond de la plaie jusqu'au rectum, et dont la chute ouvre une communication de l'une à l'autre. Mais cette cause est rare; on n'en connaît qu'un

exemple bien avéré que M. *Pamard* fils a consigné dans le Journal de médecine pour l'année 1767. Le malade était âgé de onze ans.

On voit, d'après les diverses considérations qui précèdent, que dans la fistule recto-vésicale c'est presque toujours l'incision de l'urètre ou du col qui communique avec le rectum, et que jamais (ou au moins très-rarement) cette maladie n'a pour cause une ouverture qui, du bas-fond de la vessie, conduise directement dans l'intestin. Pour que la communication eût lieu dè cette manière, il faudrait que l'instrument eût été porté dans une direction très-vicieuse, que la blessure de ce bas-fond fût étendue et profonde, vu l'épaisseur de la couche celluleuse qui unit dans ce lieu le rectum et la vessie.

Le rectum étant ouvert, les suites de cet accident sont différentes, suivant le lieu et l'étendue de sa lésion, et selon qu'elle est plus ou moins parallèle à l'incision du col de la vessie. Quand elle aura eu lieu pendant la section des tégumens et des graisses, ce sera le cas le plus simple; car l'ouverture étant très-éloignée de la plaie du col, les humidités stercorales ne passeront pas dans celle-ci, qui se fermera comme à l'ordinaire, et dès-lors il ne restera plus qu'une fistule à l'anus, dont la guérison sera l'ouvrage de la nature, si la fente du rectum est très-petite; ou deviendra facile par l'application des ressources de la chirurgie, quand cette lésion sera plus considérable. *Pouteau* dit que, dans un cas de fistule recto-vésicale, il fendit sur une sonde cannelée toutes les parties comprises entre l'ouverture des tégumens et celle du rectum, et que dès le lendemain les urines n'enfilèrent plus que le canal naturel. Aurait-il obtenu si promptement ce résultat, si la blessure eût été profonde et rapprochée du col de la vessie? Non, sans doute. On peut supposer qu'au contraire elle se trouvait peu éloignée de l'anus, et qu'elle avait eu lieu pendant la première incision, surtout si on observe que *Pouteau* commençait la coupe des parties extérieures à deux ou trois lignes au-dessus de la marge de l'anus, et par là s'exposait à intéresser le rectum non loin de son ouverture infé-

rieure. Toutefois ce ne sont là que des conjectures; mais on ne serait pas réduit à les faire, si ce chirurgien avait exposé plus au long l'histoire du malade qu'il soumit à cette opération.

La communication établie vis-à-vis de la portion membraneuse de l'urètre est ordinairement étroite. Après la guérison de la plaie du col, elle doit être peu rebelle aux moyens chirurgicaux, puisqu'à partir de ce moment l'urine ne la traverse plus que goutte à goutte, et n'y passe qu'au moment des excrétions.

La variété la plus fâcheuse de la maladie existe lorsqu'un conduit fistuleux s'est conservé du rectum à la partie profonde du col de la vessie: alors le passage des urines et des humidités stercorales se fait continuellement de l'un à l'autre; l'intestin est irrité par le contact de l'urine, et ne peut supporter long-temps la présence de matières délayées par ce fluide; de là un dévoiement habituel. D'autre part, une petite quantité d'excrémens fluidifiés peut être entraînée par l'urètre, et quelquefois des vents s'échappent par cette voie. Si le trajet fistuleux est étroit, l'infirmité peut se borner là, tandis qu'une ouverture ample et directe empêchera la guérison de la plaie du périnée, ou plus tard en rouvrira la cicatrice et deviendra la cause d'une double fistule et de toutes les incommodités qui en sont inséparables. Dans tous les cas, le dévoiement, entraîné par l'irritation de l'intestin, ne tardera pas à s'accompagner d'une petite fièvre continue, et jetera les malades dans un dépérissement dont ils ne relèveront plus.

La lésion du rectum peut être reconnue au moment même de l'opération, par l'issue de gaz ou de vers à travers la plaie, signes qui se présentèrent à *Louis* et à M. *Deschamps* dans des circonstances où ces praticiens célèbres ne purent éviter ce malheur. Dans les premiers jours, la présence de matières fécales dans la plaie, plus tard l'issue de ces matières delayées et de vents par l'urètre, l'expulsion fréquente d'excrémens qui ont une odeur urineuse, dans quelques cas la conservation d'une fistule au périnée, et surtout la

circonstance connue de l'opération, se réuniront pour ne laisser aucun doute sur l'existence d'une communication recto-vésicale.

Le prognostic se tire de l'âge, de la constitution du sujet ou des circonstances de la maladie. On a remarqué que, chez les enfans, une ouverture médiocre guérissait assez facilement d'elle-même, quand ils n'étaient pas exténués par la diète et les accidens ; mais que, chez les vieillards, les gens maigres, cacochymes, et surtout dans le cas d'une large ouverture, la fistule restait incurable. Avant de porter son jugement sur la maladie, on ne doit pas manquer d'explorer le rectum à l'aide du doigt, afin de reconnaître la hauteur et l'étendue de la communication. Quelquefois en procédant à cet examen, à la suite du cathétérisme, la sonde ayant été laissée dans l'urètre, on trouve son extrémité mousse dans le rectum. Chez un malade de dix-huit ans, taillé dans son enfance, *Lassus* sentit, à l'aide du doigt introduit de cette manière, une pierre nouvelle formée dans la vessie ; il la touchait à nu à travers l'ouverture du rectum. En pareil cas, la communication est trop directe pour qu'il y ait quelque espoir de guérison.

Prévenir la lésion du rectum n'est pas chose toujours possible, puisqu'il n'est peut-être aucun chirurgien de mérite à qui cet accident ne soit arrivé. Néanmoins il est des précautions qui en éloignent la fréquence et qui l'empêcheraient toujours, s'il n'existait des circonstances accidentelles contre lesquelles vient échouer la précision des règles. Avant l'opération, l'exploration du rectum est une chose indispensable ; le chirurgien y fait pénétrer son doigt et en parcourt la cavité; s'il lui trouve un évasement considérable, s'il s'aperçoit que la région antérieure, creusée en quelque sorte pour recevoir la prostate, se relève latéralement et embrasse les bords de cette glande, il doit regarder son ouverture comme très-possible par la taille ordinaire. Cette disposition, qui peut être dans quelques sujets une particularité d'organisation, est fréquente chez les vieillards ; elle obligera à latéraliser beaucoup les incisions, et même, pour plus de sûreté, on fera bien de pratiquer la taille

d'après une méthode mixte, qui tiendra du grand appareil et de l'appareil latéralisé ; si l'on trouvait la prostate moins couverte à droite qu'à gauche, on pourrait tailler au côté droit du périnée; ce que M. *Deschamps* a fait deux fois dans sa pratique pour deux cas de cette nature.

La distension du rectum par des matières exposant les instrumens à le rencontrer, c'est une précaution toujours très-nécessaire que celle qui consiste à donner des lavemens la veille et le jour même de l'opération.

On a conseillé d'introduire pendant celle-ci un doigt dans l'anus, afin de porter le rectum à droite, et de l'éloigner du côté gauche, où se fait l'incision ; mais cet intestin ne peut être ainsi dirigé à volonté ; il est trop extensible pour que, l'une de ses parois étant poussée dans un sens, sa paroi opposée suive cette impulsion.

J'ai beaucoup parlé de la fistule recto-vésicale, pour en venir à une conclusion affligeante ; c'est qu'elle est presque toujours incurable. En effet, la seule ressource qu'on puisse tenter, est l'emploi d'une sonde élastique placée à demeure dans la vessie ; il serait possible que les urines, trouvant par elle une issue libre et continuelle, la plaie du rectum, que je suppose étroite, vînt à se fermer. Ce résultat serait encore plus assuré, si la communication existait avec la partie membraneuse de l'urètre, et non avec le col, parce que la maladie pourrait être assimilée, sous ce rapport, aux simples fistules urétrales; mais, le plus souvent, le moyen dont je parle reste infructueux. Les toniques, les analeptiques, et tous les moyens de remédier à un état de langueur, de cacochymie, seront quelquefois efficaces, si par eux le malade peut recouvrer de l'embonpoint.

La fistule intérieure est-elle compliquée d'un trajet au périnée ; son incurabilité paraît encore plus certaine. C'était pour remédier à cette infirmité déplorable que *Desault* proposait une opération analogue à celle de la fistule à l'anus. « Lorsque le rectum se trouve « blessé dans l'opération de la taille, il ne faut pas hésiter, dit-il,

« à fendre sur-le-champ les parties comprises entre la coupe de la « taille, l'ouverture faite au rectum, et la marge de l'anus. » Plus loin il ajoute : « Nous avons eu occasion plusieurs fois de traiter « des fistules de cette espèce, où nous avons toujours suivi ce pro- « cédé, qui jamais n'a trompé notre espérance. » Pourquoi, à la suite de cette assertion ne trouve-t-on pas un seul fait qui la prouve? Si l'on avait eu réellement quelque exemple de guérison parfaite, aurait-on manqué de le citer à l'appui de cette pratique nouvelle et hardie ?

Le raisonnement indique, à la vérité, qu'une sonde étant laissée à demeure dans la vessie, tandis qu'une mèche est placée dans la nouvelle plaie du côté de l'urètre, les urines et les matières fécales sont obligées de prendre respectivement leur cours naturel, et dès-lors permettent la cicatrisation des ouvertures qu'elles entretenaient. Mais l'expérience a-t-elle confirmé cette théorie? L'expérience a fait voir qu'un enfant opéré de cette manière par *Desault* lui-même mourut, suivant les uns, du dépérissement qui succéda à l'opération; suivant les autres, d'une maladie entièrement indépendante de celle-ci. Elle a fait voir encore que ce moyen, employé par M. le professeur *Dubois*, chez deux malades, n'a guéri parfaitement ni l'un ni l'autre; et ce grand praticien, qui a bien voulu me donner son avis à cet égard, m'a dit qu'actuellement il regarderait *comme très-aventuré* le succès d'une telle opération. A cette autorité je puis joindre celle de *Lassus*, celle de M. *Deschamps*, qui rejettent cette pratique, comme pouvant être plus nuisible qu'utile.

Toutefois on trouve dans la thèse de M. *Sanson* (1) l'observation d'un adulte traité de la manière la plus heureuse, d'une fistule recto-vésicale, par la fente des parties comprises entre le conduit accidentel et le rectum, exemple qui prouve que la guérison n'est

(1) Des moyens de parvenir à la vessie par le rectum, année 1817.

pas impossible par l'opération de *Desault;* mais on désirerait que les circonstances de ce fait fussent plus détaillées, qu'on eût déterminé d'une manière exacte l'état de la fistule, et les dispositions générales du sujet. Peut-être la réunion de circonstances heureuses a-t-elle rendu cette guérison facile, comme chez l'individu que *Pouteau* soumit à une semblable opération, opération dont on ne peut expliquer le prompt succès qu'en admettant la simplicité du cas qui l'avait nécessitée. Il est en effet des conditions favorables qui pourraient, je crois, la rendre raisonnablement indiquée : telles seraient la jeunesse, la bonne constitution, l'embonpoint du malade, l'état encore récent de la fistule, et surtout l'étroitesse d'une ouverture peu élevée dans le rectum. Dans tout autre cas, cette opération devrait être rejetée.

La même thèse renferme un exemple de communication recto-vésicale, consécutive à la taille, et compliquée d'une nouvelle pierre. Pour extraire celle-ci, on fit une coupe médiane, dans laquelle se trouvèrent intéressés le rectum, l'ouverture fistuleuse et la vessie. On ne pouvait tenir une conduite plus sage; c'était à la fois pratiquer l'opération de la taille, tenter la guérison de la fistule par le procédé de *Desault,* et faire sans aucun inconvénient l'essai de la nouvelle méthode indiquée par M. *Sanson :* mais la fistule résista; il est vrai qu'elle était fort ancienne.

Les réflexions qui m'ont fourni les observations rapportées par M. *Sanson* me conduisent à parler de sa méthode. En ouvrant, comme il le propose, le rectum pour parvenir à la vessie, n'a-t-on pas à craindre une fistule recto-vésicale? Il a tâché de soutenir la réponse négative à cette question, et l'a fait d'une manière très-distinguée. Parmi les raisons qu'il allègue, la meilleure, à mon avis, est le défaut de parallélisme entre la plaie du rectum et celle de la vessie, disposition qui doit faire que les matières fécales ne peuvent s'introduire dans le réservoir urinaire; la guérison de la vessie paraît donc possible, et celle du rectum suivra bientôt quand l'urine n'y passera plus. Telles sont au moins les vues que pré-

sente la théorie ; un fait semble même les avoir confirmées : c'est l'entier rétablissement d'un calculeux de onze ans, qui fut taillé de cette manière par M. *Dupuytren*. Mais je ferai observer que la guérison ne fut complète qu'au bout de quarante-neuf jours ; que les praticiens regardent la blessure du rectum comme susceptible de cicatrisation chez les enfans ; que M. *Deschamps*, ayant ouvert cet intestin sur deux sujets, l'un de six, l'autre de sept ans, les a vus guérir sans fistule recto-vésicale ; que, dans l'observation rapportée par M. *Pamard*, la guérison fut également complète et spontanée. Le cas dont parle M. *Sanson* pourrait donc rentrer dans ceux où le jeune âge rend la guérison possible, et il reste à savoir ce que la plaie deviendrait chez un adulte. L'expérience seule pourra nous l'apprendre ; attendons ses leçons, qui valent mieux que nos raisonnemens, trop souvent illusoires, quand ils ont précédé sa marche lente et sûre. S'il devenait prouvé par elle que la plaie dût rester fistuleuse, la taille par *la ligne médiane* devrait être rejetée ; mais, dans le cas contraire, cette opération semblerait mériter la préférence sur la taille latéralisée.

ARTICLE HUITIÈME.

Formation d'une nouvelle pierre.

L'homme qui a cherché sa délivrance dans une ressource aussi dangereuse que l'opération de la taille, qui s'est vu livré tour à tour à la longue et vive inquiétude causée par son attente, aux douleurs inévitables qu'elle entraîne, aux risques nombreux que ses suites font courir, peut encore se croire dédommagé de tout ce qu'il a souffert, quand il arrive au terme d'une guérison ardemment désirée. Mais qu'il est à plaindre s'il n'a passé par une telle épreuve que pour en connaître les douleurs et les périls ! et si, de nouveau tourmenté des symptômes de la pierre, il est réduit à implorer un secours qui la première fois a trompé son espoir, et dont il a droit de

redouter encore l'insuffisance ! Heureusement il est assez rare d'observer ces retours de la maladie; et l'on peut espérer, quand on s'en aperçoit à temps, d'arrêter l'accroissement du calcul, et de détourner, pour quelque temps au moins, la nécessité de l'opération.

La maladie renaît par différentes causes ; tantôt c'est la constitution individuelle qui semble disposer à la formation de nouveaux calculs; car chez quelques personnes la solidification de l'acide urique est si facile, qu'à peine une première pierre leur est-elle retirée par l'opération, une autre se reforme, et cela jusqu'à ce que l'épuisement entraîné par les douleurs de la maladie et par les accidens de plusieurs opérations, les conduise à la mort. Ainsi *Collot* parle d'un bénédictin qui subit trois fois l'opération de la taille, et mourut attaqué pour la quatrième fois de la pierre : on l'ouvrit, et l'on trouva les reins et la vessie remplis d'un nombre infini de petits calculs. *Delaunay* cite l'observation d'un jeune homme qui fut taillé à trois reprises différentes, et mourut encore affecté de la maladie.

L'un des malades dont parle M. *Sanson* dans sa thèse, subit quatre fois l'opération; c'est celui qui avait en même temps une fistule recto-vésicale.

On lit dans le Journal de médecine (année 1762), l'histoire d'une jeune fille hystérique, qui, au mois de février 1760, rendit une première fois par l'urètre quatre cents soixante-seize pierres, toutes de grosseur moyenne, et dans les cinq jours suivans à peu près la moitié de cette quantité. Au 25 avril de la même année, il lui en sortit cent quatre-vingt-six par la même voie, et soixante-dix-neuf par les selles. Elle fut mise à l'usage d'une eau minérale pendant le mois de septembre, et ses urines charrièrent une très-grande quantité de sable. Enfin, dans le cours d'avril 1761, le ventre se gonfla de nouveau avec une légère suppression d'urine, scène qui se termina comme les premières, par la sortie d'une très-grande quantité de pierres de la grosseur d'un pois, d'une lentille.

La récidive de la maladie trouve quelquefois sa cause dans une des circonstances de l'opération, savoir, dans la rupture de la pierre par l'action des tenettes. Il est possible, en effet, qu'un ou plusieurs fragmens détachés d'elle, demeurent au sein de la vessie, et deviennent la cause de nouveaux calculs. C'est ce qui arriva chez un ancien marin, que j'ai dit avoir été pris, le premier jour de l'opération, d'une rétention d'urine et de sang. Chez ce malade, on trouva le cinquième jour, entre les lèvres de la plaie, un petit fragment qui s'était échappé de lui-même, et peut-être en aurait-on vu sortir d'autres encore, sans la prompte guérison de la plaie qui eut lieu le douzième jour. Au bout d'un mois, le malade éprouvant quelques douleurs en urinant, fut sondé par M. *Roux*, qui sentit un petit calcul. L'usage de la magnésie et de la décoction de busserole, paraissent avoir retardé l'accroissement de ce corps, qui même à l'époque actuelle, éloignée du temps de l'opération de deux ans et demi, cause encore peu d'incommodités. Peut-être, à la suite des opérations où la pierre a été brisée, serait-il avantageux d'entretenir la plaie ouverte au-delà du temps au bout du quel elle peut se fermer, et de faire pendant la cure de fréquentes injections dans la vessie; on favoriserait par là l'issue de tous les fragmens restés dans sa cavité.

On sait que frère *Côme* tira à M. de Beaumont, archevêque de Paris, une pierre qui avait pour noyau central un caillot de sang. A la vérité ce fait singulier ne rentre pas dans mon sujet, puisque ce prélat ressentait pour la première fois les atteintes de la maladie, et que je ne parle ici que des cas de récidive; seulement je le cite pour faire observer qu'après l'opération, du sang retenu dans la vessie par une cause particulière aurait peut-être même effet; et d'ailleurs je veux rapprocher de cette observation un cas où la formation du calcul a été due à une cause non moins extraordinaire.

On reçut à la Charité, le 12 juillet 1817, le nommé Nicolas Javon, âgé de vingt-quatre ans. Ce malade avait été taillé cinq mois auparavant dans un autre hôpital, et avait conservé depuis cette

époque une fistule urinaire au périnée, avec légère incontinence d'urine; il se présentait souffrant de nouveau par la présence d'une pierre, que le cathétérisme fit aisément reconnaître. Comme il s'était fait conduire en voiture, les secousses du transport lui avaient excité de vives douleurs, qui se prolongèrent dans la nuit, et causèrent de la fièvre, de l'insomnie, et autres symptômes d'irritation. (Eau de graine de lin émulsionnée, prescrite en boisson.) Les jours suivans, les douleurs ne sont que faiblement diminuées; la fièvre persiste; bientôt elle paraît devenir intermittente, et se régler sur le type tierce.

Le 22 juillet, on commence à lui opposer le quinquina en substance. Les accès continuent d'abord comme auparavant; mais le 31 juillet, celui qui devait survenir n'a pas lieu. Accès le 2 août; deux autres le 4 et le 6; celui du 8 manque. Cette interruption survenant le lendemain d'un jour ou l'absence des douleurs avait été complète, M. *Roux* juge que l'irritation causée par la pierre doit influer beaucoup sur la durée de la fièvre, et, tâchant de faire partager son opinion au malade, il lui offre dans l'opération un moyen de mettre fin à ses douleurs, et aux accès que le quinquina laissait subsister.

Le 10 août, tout était prêt pour cette opération; le malade y avait paru décidé. Au moment de la subir, il s'y refuse; les souffrances d'une première opération qui, d'après son récit, a duré trois-quarts d'heure, se retracent à son esprit; et ce souvenir le livre à un état nerveux marqué par des spasmes, une agitation générale, des sanglots. (Potion calmante éthérée.) Cet état cesse au bout de deux heures. Le 14 août, nouveaux apprêts et nouveau refus. Pour fortifier la volonté faible et chancelante du malade, M. *Roux* avait voulu tailler un autre calculeux avant lui. Cette première opération, pratiquée dans une salle voisine, et terminée en quatre minutes, était faite pour inspirer de la confiance; néanmoins Javon ne peut se résoudre; agité de spasmes, il ne répond aux instances qui lui sont adressées que par des cris et des pleurs.

Le 16 août, enfin il se décide, et promet cette fois d'être ferme

dans sa résolution. M. *Roux* profite de cette disposition d'esprit, et se munit du gorgeret d'*Hawkins*, afin d'abréger l'opération. Dès la première recherche, la pierre est trouvée et saisie; mais, brisée par l'effort des tenettes, elle ne peut être retirée qu'en trois fois. (Trois injections d'eau tiède dans la vessie.) Les douleurs se calment quelques heures après l'opération. (Limonade végétale, potion antispasmodique.)

La pierre était d'une substance molle, n'avait pas de forme régulière, et ressemblait à du plâtre légèrement humecté. En rompant ses divers fragmens, on fut bien étonné de trouver au centre de l'un d'eux plusieurs brins de charpie. On sut que le malade avait eu, le jour même de sa première opération, une hémorrhagie qui avait nécessité le tamponnement de la plaie. On concevait, d'après cela, d'où venaient ces brins de charpie, et quel rôle ils avaient pu jouer dans la récidive de la maladie.

Les suites de l'opération furent heureuses; Javon guérit de sa fistule, mais l'incontinence d'urine qu'il devait probablement au tamponnement de la plaie, resta au même degré.

Après avoir examiné les cas où le nouveau calcul s'est développé dans la vessie, je passe à ceux qui présentent ce corps placé dans une autre résidence. C'est tantôt dans la plaie du col, tantôt dans celle du périnée qu'il se trouve engagé; et sa formation a pu dépendre, soit de la filtration lente des urines à travers l'une ou l'autre, soit de la présence d'un fragment resté dans l'intervalle de leurs bords.

Louis a rassemblé dans un mémoire intéressant beaucoup de faits touchant ces pierres nées dans le tissu cellulaire du périnée. Les malades avaient, pour la plupart, subi l'opération de la taille; la plaie extérieure s'était fermée, et la guérison avait d'abord paru solide. Mais, au bout d'une certain temps, des douleurs se faisaient sentir dans la cicatrice, et celle-ci ne tardait pas à se rouvrir; il s'établissait alors une fistule qui durait jusqu'à l'extraction ou la sortie spontanée du corps étranger. *Louis*, appelé pour un cas où

la cicatrice enflammée menaçait d'une prochaine rupture, la fendit, et trouva plusieurs petits calculs logés dans des cases séparées; il en fit l'extraction successive. Cet auteur expliquait leur développement dans les cas de cette nature, par la conservation d'une très-légère ouverture au canal de l'urètre après la guérison de la plaie du périnée. Il devait s'opérer dans cette espèce de fistule borgne interne un dépôt lent et successif de l'urine, qui, n'y arrivant qu'en très-petite quantité, n'irritait pas assez le tissu cellulaire pour causer des dépôts urineux, mais pouvait y former à la longue des concrétions pierreuses. L'étiologie était encore plus simple quand il s'agissait d'un petit fragment resté dans la plaie.

S'il arrive qu'une pierre se forme dans la plaie du col, elle peut, en acquérant un volume considérable, s'avancer d'un côté dans le tissu cellulaire du périnée, de l'autre dans la vessie. Une telle disposition s'est rencontrée chez un malade qui fut opéré dans l'année 1817 par M. *Roux*. Son observation est assez intéressante pour trouver place ici.

Joseph Bertrand, âgé de dix-sept ans, avait déjà subi deux fois l'opération de la taille, lorsqu'il vint à la Charité le 5 décembre 1817. Dans la seconde opération, la pierre avait été brisée, et jamais, depuis cette époque, il n'y avait eu cicatrisation de la plaie du périnée, ni cessation des douleurs qui accompagnent l'existence d'un calcul.

Les urines troubles, glaireuses, fétides, quelquefois difficiles à rendre, sortaient le plus souvent involontairement et goutte à goutte par l'urètre et par l'ouverture du périnée. Pendant ces excrétions, des douleurs se faisaient sentir à l'extrémité de la verge; une fois le malade ayant fait cinq lieues en voiture, avait souffert très-vivement des secousses qu'elle lui avaient imprimées. Dans plusieurs occasions, du sang avait paru dans ses urines. Sondé le 6 décembre, il témoigna une vive sensibilité pendant l'introduction de l'algalie; celle-ci ne put parvenir à la vessie; un corps dur, qu'elle

frappait avec bruit, et qui paraissait occuper l'origine de l'urètre, arrêtait sa marche : on palpa le périnée, et l'on sentit le même corps engagé profondément dans cette région. C'était un calcul placé d'une manière insolite.

Il tint lieu du cathéter, dont l'introduction eût été impossible, et fut le guide au moyen duquel on parvint à l'urètre. Dans l'opération, qui fut pratiquée le 13 décembre, les parties molles ayant été incisées jusqu'à lui, on tâcha de l'ébranler et de l'extraire; mais il était fixé trop solidement pour céder à ces premières tentatives ; le doigt, introduit dans le rectum, reconnut qu'il avait une grosseur considérable; l'incision, qui déjà avait été agrandie en haut et en bas, le fut encore inférieurement dans l'espace qui sépare la tubérosité de l'ischion de l'anus, et toujours sur le corps étranger pris pour guide. Alors l'écartement des bords de la plaie étant assez grand, on saisit la pierre avec les doigts, et des efforts réitérés en amenèrent enfin le fragment le plus considérable. Celui-ci était formé de deux portions, l'une grosse comme un œuf de pigeon, comparable pour la forme à une cornue dont la panse aurait été allongée et le col raccourci; l'autre, plus petite, accolée à la panse de la première, toutes deux articulées par des facettes semblables à celles qui joignent l'astragale et le calcanéum.

L'ouverture que ce fragment remplissait resta libre; elle conduisait directement dans la vessie, et était assez grande pour livrer passage aux tenettes, qui amenèrent le reste du calcul. Ce reste consistait en un fragment gros comme une noix, qui avait appartenu à la plus petite portion du premier, et qui en avait été détaché dans les efforts assez grands qu'on avait faits pour emporter celui-ci.

Le 13, soulagement par l'absence du calcul, écoulement par la plaie d'une grande quantité d'urine mêlée de pus; nul écoulement de sang; le lendemain état satisfaisant.

Le 15, M. *Roux* trouve plus de fièvre que le bon état du ventre n'en semblait comporter; pommettes colorées, léger mal

de gorge, respiration courte. Le soir, douleur au côté droit de la poitrine ; potion calmante. La douleur cesse dans la nuit.

Le 16, bon état du ventre; on trouve autant de fièvre que la veille. Dans la journée, le point de côté reparaît, la fièvre augmente, et la respiration devient difficile. Vingt sangsues au côté.

Le 17 au matin, les accidens s'étaient considérablement accrus. Teinte bleuâtre des pommettes et des lèvres, respiration pénible, pouls fréquent et facile à déprimer, *decubitus supinus*, et autres symptômes d'adynamie joints à ceux de la pleurésie. Ce malheureux était depuis cinq ans soumis aux causes les plus débilitantes, comme douleurs continuelles, incontinence d'urine, suppuration habituelle d'une plaie, mauvaise nourriture, travaux fatigans ; la complication adynamique n'avait donc rien qui dût surprendre. Deux vésicatoires aux cuisses, vésicatoire au côté droit, tisane pectorale oxymelée. Mort le soir.

Examen du cadavre. Liquide séro-purulent épanché dans le côté droit de la poitrine, fausses membranes étendues sur toute la surface de la plèvre. Membrane muqueuse de la vessie racornie, noirâtre, ulcérée en quelques endroits, et spécialement à la face interne de son col.

Une pierre, dans les cas de récidive, détermine les symptômes ordinaires des affections calculeuses de la vessie : n'est-elle reconnue que huit, douze ou quinze mois après l'opération, et paraît-elle d'un certain volume, la lithotomie devient la seule ressource à proposer au malade. Mais, lorsqu'elle s'est reproduite à une époque beaucoup plus rapprochée, et que le malade fait connaître de bonne heure les incommodités qu'elle lui cause, le chirurgien peut déjà soupçonner qu'elle n'a qu'un volume très-médiocre ; il sera du reste éclairé sur cette circonstance importante par quelques signes. Ainsi il arrivera que l'algalie, passée dans la vessie, ne frappera qu'à des intervalles éloignés, et qu'après des recherches minutieuses,

le corps étranger. D'autres fois ce dernier paraîtra se déplacer avec beaucoup de facilité ; car on le trouvera tantôt au bas-fond de la vessie, tantôt sur ses côtés, tantôt près du col, surtout si le malade prend diverses positions ; enfin le doigt, porté dans l'anus, ne pourra le sentir à travers les parois adossées du rectum et de la vessie.

La pierre, étant reconnue petite ou soupçonnée telle, on doit chercher les moyens d'en délivrer le malade sans avoir recours à l'opération, ou s'efforcer au moins d'en retarder l'accroissement. On peut faire d'abord quelques tentatives d'extraction avec la pince à gaîne de *Hunter*. Quoique l'action de cet instrument soit le plus ordinairement incertaine, il serait néanmoins possible que le hasard présentât le calcul à l'écartement de ses branches. On répétera ces essais plusieurs fois dans le cours d'un traitement approprié.

Pour agir d'une manière rationnelle dans ce traitement, il faut commencer par soumettre à l'analyse une portion du premier calcul, car il est à présumer que celui qui constitue la récidive de la maladie est de même nature. Cette analyse fera connaître dans le plus grand nombre de cas que l'acide urique en formait la base. Cette connaissance acquise, on a plusieurs indications à remplir : 1.° écarter les influences qui favorisent la formation de cet acide dans l'urine ; 2.° l'y rendre plus soluble ; 3.° imprimer à l'urine des qualités alkalines. La nourriture animale est celle qui développe avec le plus de facilité l'acide urique ; il faut donc la rejeter, si toutefois le malade est dans le cas de supporter cette privation ; et même, en supposant qu'il soit épuisé, languissant, ne trouve-t-on pas parmi les farineux, dans les fécules de salep, de sagou, etc., de puissans analeptiques ? La diète végétale, variée pour ne pas causer de dégoût, sera donc indiquée pour arriver au premier but.

On rend soluble l'acide urique en augmentant par les diurétiques la quantité du fluide que sécrètent les reins ; l'eau simple, l'eau chargée d'acide carbonique, la décoction de busserole, remplissent parfaitement cet objet. En même temps on peut tenter un moyen

dont l'effet sera secondé par l'abondance des urines ; c'est l'emploi d'une sonde volumineuse, qui dilate le canal et prépare une voie à la pierre. Le malade ayant été prévenu de lutter pendant quelque temps contre l'envie d'uriner, le chirurgien lui retire la sonde, et lui conseille d'expulser aussitôt avec effort, et dans une situation convenable, le liquide qui distend sa vessie ; il est possible que le flot d'urine entraîne le calcul. On peut réitérer cet essai, qui n'entraîne nul inconvénient.

Enfin on rend les urines alkalines, pour présenter une base à l'acide urique, et donner à l'urate, formé de cette manière, une solubilité convenable ; vingt-quatre à trente grains de carbonate de soude ou de potasse pris dans les vingt-quatre heures ; deux à quatre gros de carbonate de chaux ou de magnésie dans le même laps de temps, une dissolution très-faible de soude ou de potasse, l'eau de chaux, tous moyens administrés à l'intérieur, seront employés à ce dessein. Leur succès dans la maladie de *Mascagny* et chez d'autres individus autorise à en tenter l'emploi.

Si le premier calcul était formé d'oxalate de chaux, de phosphate de chaux, ou de phosphate ammoniaco-magnésien, les diurétiques pourraient être encore recommandés ; mais les autres parties du traitement deviendraient entièrement inutiles. J'ai tiré la plupart de ces considérations d'un travail intéressant de M. *Magendie* sur la gravelle ; on peut y voir les détails de ce traitement et les raisons sur lesquelles il est appuyé. J'ai cru pouvoir en appliquer les préceptes au cas d'une pierre encore peu volumineuse.

Il le faut avouer avec douleur, tous ces moyens sont bien infidèles, et pour un malade qu'ils dispenseront de la nécessité de l'opération, il y en aura peut-être dix ou douze qui en retireront le seul et triste avantage de la subir un peu plus tard.

Quand le calcul est formé dans le tissu cellulaire du périnée, on le reconnaît à des signes différens, suivant que la plaie s'est rouverte, ou qu'elle est restée cicatrisée. Dans ce dernier cas, le toucher d'un corps dur, que les doigts sentent à une certaine pro-

fondeur; dans le premier, un stylet qu'on fait parvenir à la pierre par le trajet fistuleux, instruisent du caractère de la maladie. La conduite à tenir est d'inciser pour arriver au corps étranger, de le saisir, et de l'extraire avec un instrument convenable.

ARTICLE NEUVIÈME.

Incontinence d'urine.

La maladie qui porte ce titre est caractérisée par l'émission involontaire et continuelle des urines, ou par la difficulté de les garder long-temps. Par cette définition on prévoit qu'elle offre deux degrés distincts, l'un dans lequel la faiblesse des parties est telle, que la vessie ne peut conserver un seul instant le liquide dont elle est le réservoir; l'autre où le ressort de son col et de la prostate, n'étant que diminué, le liquide sort à de courts intervalles, et seulement quand elle commence à être distendue.

Ces deux degrés peuvent exister après l'opération de la taille, et dépendent des lésions plus ou moins graves arrivées au col de la vessie. Ainsi, à la suite d'une compression dirigée contre l'hémorrhagie, et qui a trop distendu les parties sans toutefois les désorganiser, les excrétions sont seulement plus rapprochées que dans l'état ordinaire. Tel était le cas du nommé Nicolas Javon, cité dans l'article précédent, qui retenait ses urines dans la position horizontale, mais qui ne pouvait les garder que peu de temps dès qu'il se levait ou marchait. L'extension forcée du col de la vessie, entraînée par la sortie d'une pierre volumineuse, peut encore amener ce premier degré de l'incontinence.

Si ces deux causes ont agi de manière à meurtrir violemment l'orifice intérieur de la plaie, et à déterminer des suppurations et des escharres en cet endroit; si la gangrène y est survenue d'une autre manière; enfin s'il existe une nouvelle pierre dans l'ouverture non cicatrisée du col de la vessie, comme l'une des observations

précédentes en offre l'exemple, alors l'écoulement des urines est continuel et involontaire.

Cette affection, qui était fréquente après la taille par le grand appareil, à cause de l'extrême dilatation à laquelle on soumettait le col de la vessie, l'est beaucoup moins par la méthode actuelle, qui a l'avantage d'ouvrir aux instrumens et à la pierre une voie plus large à travers cette ouverture. Tantôt l'incontinence existe seule, tantôt elle est compliquée de fistule urinaire. On la reconnaît sans peine dans ces deux cas; mais son prognostic varie suivant que l'un ou l'autre se présente. Ainsi la complication de fistule doit faire soupçonner une perte de substance aux parties intérieures, et inspirer la crainte que la maladie ne reste incurable, surtout si la sortie des urines a lieu continuellement. L'autre cas est moins grave, et alors on peut d'autant mieux espérer la guérison, que l'individu est encore plus près du jeune âge. Est-ce un adulte, on lui conseille les bains froids, les applications toniques sur l'hypogastre et le périnée, un régime restaurant, et l'usage d'un vin généreux. S'il est doué d'une bonne constitution, ces moyens amélioreront son état, et peut-être le guériront complètement.

Quand il existe une fistule urinaire, on doit s'efforcer en premier lieu de la guérir; car, si le malade conserve une telle complication, et qu'il veuille remédier à l'incontinence par un instrument mécanique, les incommodités de la fistule augmenteront nécessairement par la compression de la verge que ce moyen doit produire.

Enfin, l'incontinence existant seule et étant jugée incurable, on garantit le malade des incommodités qu'elle entraîne, par une précaution très-simple, qui consiste dans l'application sur la verge du compresseur de *Nuck*, ou du sphincter imaginé par *J. L. Petit*.

ARTICLE DIXIEME.

Impuissance.

Les causes dont j'ai déjà tant de fois apprécié la manière d'agir, je veux dire les froissemens, les meurtrissures du col de la vessie et de la portion d'urètre enfermée dans la prostate, circonstances assez rares maintenant, fréquentes autrefois dans la taille par le grand appareil, et contribuant à produire les suites fâcheuses qui ont fait justement abandonner ce mode opératoire, comme suppurations, gangrène de la plaie et quelquefois de la vessie, abcès dans le tissu cellulaire, fistules urinaires, incontinence d'urine, ces causes, dis-je, peuvent encore, en désorganisant l'orifice des conduits éjaculateurs, priver l'homme de la précieuse faculté de se reproduire. Néanmoins on doit penser que l'impuissance déterminée de cette manière est rare, puisque, dans le cours d'une longue pratique, M. *Deschamps* n'a reçu d'aucun de ses opérés le reproche de les avoir réduits à cette triste infirmité. Si elle existait, l'art ne posséderait aucun moyen de la guérir.

Tel est le tableau des suites malheureuses que peut entraîner l'opération de la taille; les unes, d'une extrême gravité, compromettent l'existence du malade, et souvent lui font trouver sa perte dans une ressource où sa confiante espérance avait placé le terme de ses douleurs. Quelques autres ne sont qu'un retard à la guérison; plusieurs enfin constituent des infirmités que l'art a produites, et que bien des fois l'art ne peut guérir. Mais ces causes de revers sont-elles fréquentes dans la pratique? et leur nombre peut-il entrer en comparaison avec celui des succès solides et véritables? En un mot, existe-il entre les chances opposées de la lithotomie une proportion qui soit réellement favorable à l'humanité? On ne peut s'éclairer à cet égard qu'en ouvrant les recueils des auteurs.

Ledran tailla en 1728 et en 1729 seize calculeux par le grand

appareil, et les guérit tous ; mais un tel exemple est peut-être unique dans les fastes de la méthode marienne. En effet, des tableaux présentés par *Morand*, dans ses Opuscules de chirurgie, font voir que, sur soixante-onze calculeux opérés de cette manière et dans l'espace de cinq ans à l'hôpital de la Charité de Paris, trente-neuf guérirent et trente-deux moururent ; qu'à l'Hôtel-Dieu, un nombre total de six cent quatre opérations, faites de l'an 1720 à l'an 1727, fournit quatre cent vingt réussites et cent quatre-vingt-quatre morts. En réduisant ces données à leur expression la plus simple, on reconnaît que terme moyen, sur trois ou quatre de ces taillés il en périssait un, et que le reste échappait aux suites de l'opération. Cette proportion, comme on peut voir, n'était pas satisfaisante.

Environ vingt-cinq ans auparavant, frère *Jacques* avait posé les bases d'une opération nouvelle, qui promettait des chances plus certaines de guérison dans les affections calculeuses; la pratique de ce lithotomiste, aussi désintéressé qu'habile, dut fournir la preuve des avantages qu'il attribuait à sa méthode, puisque les Hollandais frappèrent une médaille à son effigie avec cette légende : *pro servatis civibus.* Cette distinction glorieuse, attestation manifeste de ses succès, honorait peut-être autant ceux qui la décernaient que celui qui en avait paru digne : on voyait avec plaisir des hommes généreux aller au-devant du mérite simple et modeste, et lui offrir une récompense qu'il n'avait pas sollicitée. Du reste, aucun relevé des opérations du frère *Jacques* ne peut nous faire connaître précisément combien il perdit de malades et combien il en sauva.

Raw, l'ayant vu plusieurs fois opérer, se fit dès-lors une méthode particulière pour la lithotomie, et mourut sans la faire connaître. Il avait taillé, dit-on, seize cent quarante calculeux sans en perdre un seul ; cette assertion, que lui-même avait *modestement* avancée dans un discours prononcé en 1713, a été répétée depuis dans des ouvrages estimés ; comment des hommes éclairés par l'expérience ont-ils pu croire ce mensonge révoltant? Une suite

aussi longue de succès passe toutes les probabilités de l'art. Toutefois, supposons pour un moment qu'elle fût véritable, et qu'on dût attribuer tant de bonheur à l'emploi d'une méthode particulière, ne mériterait-il pas la haine de la postérité, celui qui aurait enseveli dans un secret éternel une innovation si précieuse? Mais il est très-probable que *Raw* n'exécutait pas un mode opératoire qui lui fût propre, et qu'il taillait simplement d'après celui du frère *Jacques*, rendu plus méthodique par quelques modifications. Ainsi, contentons-nous de croire qu'il a menti dans la relation de ses succès; c'en est assez pour couvrir sa mémoire d'une tache qui ne peut disparaître.

La taille de *Chéselden* eut des succès en France aussitôt qu'elle y fut reçue. *Morand*, qui avait fait le voyage d'Angleterre exprès pour la connaître, devait naturellement s'intéresser à ses progrès: aussi a-t-il présenté dans ses opuscules de chirurgie un tableau des succès obtenus par elle. Mais, j'ose le dire, la plupart des réussites dont il parle ne me paraissent pas véritables : ainsi, que *Lecat* ait pratiqué, dans le cours de six années, trente-huit tailles, toutes suivies de succès, et plus tard en ait fait quatre-vingt-dix avec le même bonheur; que, sur soixante-huit malades taillés par *Hoin* de Dijon, quatre seulement soient morts; que *Jacob Vandiden* d'Utrecht n'en ait perdu que le même nombre, de cent qu'il avait opérés; que *Goulard* à Montpellier, que *Vandergracht* à Bergopsoom, aient sauvé tous les leurs, au nombre de cinquante-sept (1); c'est ce que je ne puis croire. Si l'on me demande sur quelles autorités je fonde un tel sentiment, j'invoquerai celle de tous les grands chirurgiens de cette capitale; j'en appellerai au témoignage de M. *Marcet*, médecin de l'hôpital de Guy, à Londres, auteur d'un ouvrage publié en 1819, sur la composition des cal-

(1) Ces relevés présentent quelques autres succès, à la vérité plus croyables; je ne les ai point cités, ne voulant offrir que les plus extraordinaires.

culs urinaires. Ce traité renferme un tableau (1) des opérations de taille faites à l'hôpital de Norwick, dans le cours de quarante-quatre ans; et le terme moyen des résultats obtenus donne quatre morts et vingt-cinq réussites après vingt-neuf tailles; proportion bien éloignée de celle qu'on pourrait établir sur les relevés cités par *Morand*. Ce digne chirurgien les croyait authentiques sur la foi de leurs auteurs, et disait qu'ayant lui-même perdu six calculeux sur dix-huit, il se regardait comme plus malheureux que ses

---

(1) Voici ce tableau:

	NOMBRE DES OPÉRATIONS.			MORTS.		
	ENFANS AU-DESSUS DE 14 ANS.	ADULTES.	TOTAL.	ENFANS.	ADULTES.	TOTAL.
Sexe mâle.....	227	251	478	12	56	68
Sexe femelle.	8	20	28	1	1	2
TOTAUX.....	235	271	506	13	57	70

Il résulte de ce dénombrement, que le rapport des cas malheureux aux cas de lithotomie a été, chez les adultes, de 4 à 19, et chez les enfans, de 1 à 18; et que le terme moyen des résultats observés chez tous les individus a été de 1 à 7 $\frac{1}{4}$, donnée équivalente à 4 morts et à 25 réussites pour 29 cas de maladies. A l'hôpital de la Charité de Paris, où l'on ne reçoit que des adultes, la mortalité des taillés est de 1 sur 5 ou 6, d'après le témoignage de M. *Roux*, rapporté dans le même ouvrage. Cette proposition est un peu plus favorable que celle qui fut observée à l'hôpital de Norwich chez les individus au-dessus de quatorze ans. A la vérité la différence est légère. Dépendrait-elle de ce que l'emploi du lithotome caché a réellement des avantages marqués sur celui du gorgeret tranchant?

Je dois des remercîmens à M. *Gay-Lussac*, qui a bien voulu me permettre de consulter l'ouvrage anglais où ces résultats sont consignés.

confrères. On croira volontiers qu'il était non pas plus malheureux, mais plus sincère.

Que penser encore de *Pouteau*, qui prétendait, en 1765, n'avoir vu mourir que deux individus sur plus de cent cinquante qu'il avait taillés? Il le faut avouer, s'il eût dit vrai, si les assertions de *Raw*, de *Lecat*, de *Vandiden*, et autres, n'eussent été que l'expression de la vérité, en comparant de tels succès avec les résultats de la pratique actuelle, une réflexion douloureuse se présenterait à l'esprit; on se demanderait, l'art a-t-il donc rétrogradé? Ah! repoussons les témoignages qui font naître cette idée non moins outrageante qu'absurde; elle s'évanouit au souffle de la raison, elle tombe devant l'autorité des grands noms qui consacrent l'époque actuelle. Ces noms rappellent à la fois la gloire de la chirurgie dignement soutenue, et dans plus d'une partie ses bornes reculées.

Arrivé jusqu'à nous par des progrès successifs, l'art n'a pas besoin de moyens indignes de lui pour conserver l'éclat dont il brille à tous les yeux; fort de son utilité réelle, il dédaignerait de cacher ses revers, et plus encore de proclamer des succès qu'il n'aurait pas obtenus; et, s'il est vrai, comme tout paraît l'annoncer, que sur sept calculeux ses efforts puissent en arracher six aux douleurs de la maladie, c'est encore un assez grand avantage pour lui marquer une place éminente parmi les autres arts; en un mot pour le faire regarder comme le plus utile et le plus bienfaisant de tous.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Juvenibus....., sanguinis spuitiones, tabes, febres acutæ, epilepsiæ, et cæteri morbi, maximè verò suprà nominati. *Sect.* 3, *aph.* 29.

II.

A sanguinis sputo, puris sputum, malum. *Sect.* 7, *aph.* 15.

III.

A puris sputo, tabes, et fluxus, malum. Postquàm verò sputum retinetur, moriuntur. *Ibid.*, *aph.* 16.

IV.

Convenit verò tabidis, non admodùm valdè febricitantibus (lac) dare. *Sect.* 5, *aph.* 64.

H111 Paris.Univ.Fac.de mèd.
P232 Thèses
1820 27481
nos.1-33

NAME	DATE DUE